



Курс на оздоровление

Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями



ЕВРОПА



ЕВРОПА

Курс на оздоровление

**Европейская стратегия профилактики и борьбы
с неинфекционными заболеваниями**

Ключевые слова

CHRONIC DISEASE - prevention and control
STRATEGIC PLANNING
HEALTH PROMOTION
DELIVERY OF HEALTH CARE - organization and administration - trends
HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY
PATIENT PARTICIPATION
HEALTH POLICY
EUROPE

ISBN 92-890-2182-9

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно также заполнить в онлайн-режиме на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение "страна или район", оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие может быть еще не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Оформление книги: Sven Lund. Оформление обложки: Lars Møller.

Отпечатано в Дании

Содержание

Резюме	1
Введение	4
Проблемы	5
Проблемы, относящиеся к здоровью населения и справедливости	5
Проблемы, стоящие перед обществом и системами здравоохранения	9
Возможности для улучшения здоровья населения	13
Основные принципы	19
Стратегический подход	21
Рамочная программа действий	27
Информационно-разъяснительная работа (адвокация)	27
Знания	29
Регулирование и финансирование	32
Потенциал	35
Поддержка на уровне сообществ	36
Организация медицинского обслуживания	38
Принятие мер	41
Нынешняя ситуация в Европе	41
Планы на будущее	43
Дальнейшие действия	49
Библиография	51
Приложение 1.	54
Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC56/R2. Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ	
Приложение 2.	58
Принятые ВОЗ стратегии, планы действий и декларации министерских конференций, касающиеся данной проблемы	

Улучшение здоровья населения Европы – это вполне достижимая цель. В Европейском регионе бремя преждевременной смертности, заболеваемости и инвалидности может быть значительно сокращено за счет комплексных мер по устранению или уменьшению ведущих причин, лежащих в их основе. Инвестирование в профилактику и более эффективную борьбу с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) позволит улучшить качество жизни и повысить благосостояние людей и общества. Ввиду того, что заболеваемость и преждевременная смертность от неинфекционных заболеваний тесно коррелируют с социальным статусом людей, более справедливое распределение пользы от эффективных лечебно-профилактических мер позволит получить наибольшую отдачу, а также принесет значительную пользу всем государствам-членам как в области здравоохранения, так и в области экономики.

Наибольшая доля бремени болезней в Европе обусловлена НИЗ – группой болезней, включающей сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, проблемы психического здоровья, сахарный диабет, хронические респираторные заболевания и болезни опорно-двигательного аппарата. Эту широкую нозологическую группу объединяют общие факторы риска, общие детерминанты и общие возможности предупреждения или коррекции нарушений.

Европейская стратегия профилактики и борьбы с НИЗ содействует принятию комплексного и интегрированного подхода в этой области, который позволяет одновременно:

- содействовать разработке и осуществлению программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний на популяционном уровне;
- вести активную целевую профилактическую работу с группами и лицами, подвергающимися высокому риску;
- обеспечить максимальный охват населения эффективными лечебно-профилактическими мерами параллельно с систематической реализацией стратегий и мер, направленных на уменьшение неравенства в отношении здоровья.

Общая цель этой Стратегии – предотвратить преждевременную смертность и значительно сократить бремя болезней, связанное с НИЗ, повышая качество жизни людей и обеспечивая более равномерное распределение показателей ожидаемой здоровой жизни как между государствами

– членами Европейского региона, так и в каждом из них. **Более конкретные цели данной стратегии** заключаются в том, чтобы обеспечить сочетание, с одной стороны, комплексной работы по устранению или уменьшению факторов риска и их детерминантов с участием всех отраслей и секторов с усилиями по укреплению систем здравоохранения в целях более эффективной профилактики и борьбы с НИЗ, с другой.

Действия в этом направлении должны основываться на следующих шести основных принципах:

- Профилактика на всех этапах жизни – это эффективный подход, и связанные с этим расходы следует рассматривать как инвестицию в здоровье и развитие.
- Общество должно создавать среду обитания, благоприятную для здоровья людей, что также облегчает выбор здорового образа жизни.
- Деятельность служб общественного здравоохранения и служб медицинской помощи должна соответствовать стоящим перед ними задачам, и они должны принимать адекватные меры как для борьбы с уже существующими болезнями, так и для расширения возможностей укрепления здоровья.
- Людям должны быть предоставлены возможности, позволяющие им укреплять здоровье, эффективно взаимодействовать с медицинскими службами и активно участвовать в принятии решений относительно лечения и контроля своей болезни.
- Всеобщая доступность возможностей для укрепления здоровья, профилактики болезней и получения медицинской помощи – это важнейшее условие обеспечения справедливости в отношении здоровья.
- Правительства на всех уровнях несут ответственность за выработку государственной политики, учитывающей интересы охраны здоровья населения, и за принятие надлежащих мер во всех соответствующих секторах.

Данная стратегия представляет собой **основу для действий, предназначенную для того, чтобы помочь странам** определить пути профилактики и борьбы с НИЗ, основывающиеся на уже существующих стратегиях и проводимых мероприятиях. В ней подчеркивается важность межотраслевых действий и лидерской роли министерства здравоохранения. В ней рассматриваются шаги, которые страна может предпринять для того, чтобы вначале провести оценку используемых в ней подходов, а затем совершенствовать их для того, чтобы обеспечить дальнейшее развитие или усиление политики общественного здравоохранения по профилактике и борьбе с НИЗ наиболее всеобъемлющим и интегрированным образом. Хотя все европейские страны и отличаются друг от друга и хотя их проблемы, относящиеся к НИЗ, их ресурсы и потенциал в этой области и явля-

ются существенно различными, каждая из них способна предпринять эффективные действия в этом направлении. Излагаемая в настоящем документе стратегия важна и актуальна для всех стран Европы.

Введение

Комплексная, ориентированная на действия стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями была разработана в ответ на предложение, с которым государства-члены обратились к ВОЗ на пятьдесят четвертой сессии Европейского регионального комитета в 2004 г.¹ Она была подготовлена в процессе широких консультаций со странами, экспертами, неправительственными организациями и другими заинтересованными сторонами. В соответствии с запросом, содержащимся в резолюции EUR/RC54/R4, она является неотъемлемой частью обновленных основ политики “Здоровье для всех”, и в ней учитываются существующие обязательства, принятые в рамках конференций ВОЗ на уровне министров, и соответствующие стратегии и резолюции, а также опыт, накопленный в ходе проведения общенациональных программ интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI).

Настоящий документ состоит из 8 разделов и начинается с описания обоснования предлагаемых действий, в котором рассматриваются как проблемы неинфекционной заболеваемости в странах и в Европейском регионе ВОЗ, так и имеющийся потенциал для улучшения здоровья населения. В нем излагается стратегическая основа действий, содержащая четкую перспективу на будущее, общие и конкретные цели, а также 6 ключевых положений, которыми следует руководствоваться на практике. Предполагается, что эта стратегическая основа поможет государствам-членам укрепить свои программы профилактики и борьбы с НИЗ, базируясь при этом на уже существующих стратегиях и предпринимаемых действиях. Более подробные данные, иллюстрации и примеры действий будут приведены в готовящемся европейском докладе ВОЗ по неинфекционным заболеваниям, который планируется опубликовать в 2007 г.

¹ Принята резолюцией EUR/RC56/R2 11 сентября 2006 г. на пятьдесят шестой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (Приложение 1).

Проблемы, относящиеся к здоровью населения и справедливости

Причиной большой доли бремени болезней в Европе является небольшое число нарушений здоровья, которые объединены общими факторами риска и детерминантами этих факторов (см. табл. 1). Эти нарушения, факторы риска их развития и детерминанты этих факторов примерно одинаковы во всех частях и странах Европы, а по своему вкладу в бремя болезней они уже обошли инфекционные заболевания. Более того, в ряде стран широко распространенными являются как неинфекционные, так и инфекционные заболевания, в результате чего эти страны испытывают двойное бремя. В масштабах Европейского региона сердечно-сосудистые заболевания являются “убийцей № 1”, так как на них приходится более половины всех смертей. При этом во всех 52 государствах –

Таблица 1: Бремя болезней и смертность от НИЗ в Европейском регионе ВОЗ в разбивке по причинам (ориентировочные данные за 2005 г.)

Группа причин (выбранные ведущие НИЗ)	Бремя болезней (DALYs ^a) (тыс.)	Процент всех причин болезней	Число смертей (тыс.)	Процент всех причин болезней
Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)	34421	23%	5067	52%
Нервно-психические расстройства	29370	20%	264	3%
Онкологические заболевания (злокачественные новообразования)	17025	11%	1855	19%
Болезни желудочно-кишечного тракта	7117	5%	391	4%
Заболевания дыхательных путей	6835	5%	420	4%
Расстройства органов чувств	6339	4%	0	0%
Болезни опорно-двигательного аппарата	5745	4%	26	0%
Сахарный диабет	2319	2%	153	2%
Заболевания полости рта	1018	1%	0	2%
Все НИЗ	115339	77%	8210	86%
Все причины	150322		9564	

^a DALYs (показатель DALY) – показатель, используемый для измерения общего бремени болезней и отражающий число лет здоровой жизни, утраченных вследствие болезней, инвалидности и преждевременной смерти.
 Источник: *Preventing chronic diseases: a vital investment* (1)

членах Региона² ведущей причиной смерти являются болезни сердца или инсульт. В странах, где собраны дифференцированные по половой принадлежности данные, их анализ показывает, что у женщин и мужчин структура заболеваемости НИЗ является различной.

Анализ бремени болезней в Европе, проведенный с помощью показателя DALY, показывает, что почти 60% общего бремени болезней в Европе приходится на долю 7 ведущих факторов риска: повышенное кровяное давление (12,8%); табак (12,3%); алкоголь (10,1%); повышенное содержание холестерина в крови (8,7%); избыточная масса тела (7,8%); недостаточное потребление фруктов и овощей (4,4%); и малоподвижный образ жизни (3,5%). Следует также отметить, что важным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является диабет, который также способен провоцировать развитие этих болезней. Эти семь факторов риска являются общими для всех эпидемиологических субрегионов Европейского региона (Евр-А, -В и -С³) и для большинства европейских стран, несмотря на то, что их ранжирование может различаться от страны к стране (2). В 37 из 52 европейских государств - членов ВОЗ ведущим фактором риска смерти является повышенное кровяное давление. В 31 государстве-члене ведущим фактором риска бремени болезней является употребление табака. Что касается молодежи, то в Европе ведущим фактором риска смерти и инвалидности в этой группе населения является употребление алкоголя.

Эти ведущие факторы риска являются общими для многих из ведущих заболеваний в Европе. Каждый из этих семи ведущих факторов риска, например, связан по крайней мере с двумя ведущими заболеваниями и, в свою очередь, каждое из ведущих заболеваний связано с двумя или более факторами риска. Кроме того, у многих индивидуумов, особенно у лиц, принадлежащих к социально неблагополучным группам, факторы риска часто сочетаются и взаимодействуют друг с другом, нередко взаимно усиливая друг друга.

Заболевания могут также развиваться сочетанно, т.е. человек может одновременно страдать от нескольких заболеваний. Согласно проведенным оценкам, не менее 35% мужчин в возрасте свыше 60 лет страдают двумя или более хроническими болезнями, причем их число с возрастом посте-

² Черногория стала 53-м государством – членом Европейского региона ВОЗ 29 августа 2006 г. Все данные и группировки стран, представленные в этом документе, предшествуют этому событию и, таким образом, относятся к одному государству-члену – Сербии и Черногории.

³ Евр-А: 27 стран с очень низкой смертностью как среди взрослых, так и среди детей;
Евр-В: 16 стран с низкой смертностью как среди взрослых, так и среди детей;
Евр-С: 9 стран с низкой смертностью среди детей и высокой смертностью среди взрослых.

пенно увеличивается, а у женщин это явление наблюдается чаще, чем у мужчин. Существует выраженная корреляция между физическим и психическим здоровьем, при этом и то, и другое во многом зависит от таких общих детерминантов, как плохие жилищные условия, плохое питание, низкий уровень образования, или от такого фактора риска, как употребление алкоголя. Депрессия, например, чаще встречается у людей, страдающих физическими заболеваниями, чем у здоровых лиц. Так, распространенность тяжелой депрессии среди лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, достигает 33%, среди лиц с гипертонзией – 29% и среди больных диабетом – 27%.

Неинфекционные заболевания имеют многофакторную этиологию и развиваются в результате сложных взаимодействий между индивидуумами и средой их обитания, что, в частности, зависит и от их возможностей укрепления здоровья и уменьшения уязвимости по отношению к рискам. Различия в воздействии факторов риска для здоровья индивидуумов и их уязвимости по отношению к этим факторам зависят от индивидуальных характеристик (например, половой и этнической принадлежности и генетической предрасположенности), факторов, защищающих здоровье (таких, как эмоциональная устойчивость), вместе с социальными, экономическими и экологическими детерминантами (такими, как уровень доходов и образования, условия жизни и труда). Эти важнейшие детерминанты или “причины причин” влияют на возможность сохранения здоровья и формирование здорового образа жизни и поведения, способствующего поддержанию и укреплению здоровья, а также на характер развития, проявления и исхода любого заболевания.

Генетическая предрасположенность индивидуума значительно влияет на вероятность развития определенных заболеваний, таких как диабет, сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, шизофрения и болезнь Альцгеймера. Хотя механизмы генетического наследования еще точно не установлены, можно предположить, что важную роль в них играют взаимодействия между генами и факторами среды обитания. Кроме того, в различных этнических группах структура заболеваемости различна: так, сахарный диабет 2-го типа встречается почти в шесть раз чаще у лиц южноазиатского происхождения и почти в три раза чаще у лиц африканского и афро-карибского происхождения.

Имеется определенная корреляционная зависимость между половой принадлежностью, с одной стороны, и воздействием факторов риска и формой протекания заболеваний, таких как ожирение, сердечно-сосудистые заболевания и проблемы психического здоровья, с другой. На протяжении всей жизни женщины и мужчины выполняют различные отводимые им обществом функции, которым придается различное значение. Это сказывается на склонности к риску, подвержен-

ности риску и поведении, способствующем укреплению здоровья; это также определяет, в какой степени женщины и мужчины имеют доступ к ресурсам и способны распоряжаться ими, а также контролировать процесс принятия решений, необходимых для защиты их здоровья. Это приводит к несправедливым различиям в подверженности рискам для здоровья, доступности медицинской помощи и обращаемости, а также в результатах оказываемой медицинской помощи.

Фундамент здоровья взрослых закладывается в самом начале жизни, в том числе в дородовом периоде, при этом благоприятные условия на заре жизни играют фундаментальную роль в дальнейшем развитии. Молодые матери, малообеспеченные и малообразованные матери чаще производят на свет детей с низкой массой тела при рождении и реже кормят грудью; в свою очередь, низкая масса тела новорожденного связана с повышенным риском развития ишемической болезни сердца, инсульта, повышенного кровяного давления и сахарного диабета 2-го типа. Полезные для здоровья привычки, такие как разумное питание, физические упражнения и отсутствие привычки курения, прививаются на ранних стадиях жизни и связаны с тем примером, который показывают родители и сверстники. Медленный рост и недостаточная эмоциональная поддержка в детстве сопряжены с риском слабого физического и психического здоровья на всем жизненном пути. Так, согласно имеющимся данным, у лиц, испытавших в детстве жестокое обращение, насилие и другие неблагоприятные события, в последующей жизни наблюдается более высокий риск табакокурения, недостаточной физической активности, серьезных форм ожирения и алкоголизма на более поздних стадиях жизни.

Заболевания и их причины неравномерно распределены среди населения, так как наибольшая их концентрация наблюдается среди самых бедных и уязвимых его слоев. Представители групп самого низкого социально-экономического уровня подвержены, по меньшей мере, удвоенному риску серьезного заболевания и преждевременной смерти по сравнению с лицами с более высоким социально-экономическим статусом (3). Во всех европейских странах, где были проведены соответствующие обследования, было выявлено неравенство в состоянии здоровья между лицами с более высоким и более низким уровнями образования, профессиональной принадлежности и доходов. Растущая концентрация факторов риска в группах более низкого социально-экономического статуса ведет в дальнейшем к увеличению разрыва в показателях здоровья.

Когда удается добиться улучшений в области охраны здоровья, благотворный эффект этих улучшений, за небольшим исключением, неравномерно распределяется среди населения. Когда определенные меры в области здравоохранения затрагивают в той или иной степени все группы

населения, как правило, наблюдается тенденция к тому, что группы с более высоким социально-экономическим статусом в большей степени восприимчивы к этим мерам и получают от них большую пользу. Так, например, показатели смертности, особенно от ССЗ, снижаются быстрее в группах населения с более высоким социально-экономическим статусом, в результате чего различия в показателях ожидаемой продолжительности жизни между двумя группами становятся еще более значительными (4). Так, в Литве в период между 1989 и 2001 гг. был отмечен рост расхождений в показателях смертности от всех основных причин среди мужчин и женщин в зависимости от уровня образования. Это было связано со значительным сокращением смертности среди лиц с высшим образованием и резким возрастанием смертности среди лиц с начальным образованием или вообще без систематического образования.

Эти заболевания и вызывающие их причины увеличивают разницу в ожидаемой продолжительности здоровой жизни между европейскими странами и внутри каждой из них. В последнее десятилетие в Западной Европе снижаются показатели смертности от ССЗ, что в частности привело к тому, что сейчас между странами Западной Европы и Восточной и Центральной Европы наблюдается почти десятикратное различие в показателях преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, при этом самые высокие уровни смертности от ССЗ наблюдаются в восточной части. Распространенные предотвратимые заболевания являются одной из причин 20-летнего разрыва в ожидаемой продолжительности здоровой жизни между странами в рамках Европы, а также различий по этому показателю, наблюдаемых внутри стран.

Проблемы, стоящие перед обществом и системами здравоохранения

Неинфекционные заболевания, являющиеся причиной преждевременной смерти, длительных болезней или инвалидности, оказывают значительное воздействие на системы здравоохранения и социального обеспечения. Согласно оценкам, в ряде стран, например, в Дании, около 40% населения живет с хроническими заболеваниями, и этот показатель, по-видимому, будет и далее возрастать в связи со старением населения Европы. От 70% до 80% расходов на медицинскую помощь приходится на лечение хронических болезней, при этом хронические больные являются интенсивными пользователями медицинских услуг. С увеличением числа сочетанных заболеваний (коморбидности) резко возрастают расходы на медицинскую помощь и риск госпитализации больных, которую можно было бы предотвратить. Согласно имеющимся данным, в Соединенном Королевстве восемь из одиннадцати наиболее часто встречающихся причин госпитализации

связаны с хроническими болезнями, при этом на 5% госпитализированных пациентов, многие из которых страдают от хронических болезней, приходится 42% койко-дней госпитализации в связи с острыми состояниями (5).

Смерть в молодом возрасте либо жизнь с хроническим заболеванием или инвалидностью приводит к тяжелым экономическим последствиям для семьи и общества. Работодатели и общество несут потери, связанные с невыходом на работу, снижением производительности труда и текучестью кадров. В случае семьи и общества вытекающие из этого последствия включают следующее: расходы на медицинскую помощь (прямые и косвенные), уменьшение доходов, ранний выход на пенсию, повышенная зависимость от служб медико-социальной помощи и социального обеспечения. В Швеции установленная общая сумма государственных расходов, связанных с нарушениями опорно-двигательного аппарата, состояла в основном из косвенных издержек, связанных с выплатой пособий по болезни (31,5%) и ранним уходом на пенсию (59%). По имеющимся данным, в Российской Федерации в 2005 г. потеря национального дохода, связанная с сердечными заболеваниями, инсультом и диабетом, составила 11 млрд. международных долларов.

Лечение может быть недоступным, слишком дорогостоящим, либо попросту отсутствовать, а бремя расходов может повергнуть семью в нищету. В некоторых частях Европы стоимость одного ингалятора салбутамола (для лечения астмы) может быть эквивалентна пятнадцатидневному заработку самых низкооплачиваемых рабочих в государственном секторе. Если учесть большую концентрацию среди малообеспеченного населения сочетанных заболеваний и число лекарственных препаратов, потенциально необходимых для эффективного лечения, не удивительно, что соблюдение режима продолжительного курса лечения может оказаться непосильной задачей (6). Кроме того, презрительное отношение и дискриминация, связанные с определенными заболеваниями, такими как диабет и психические расстройства, могут закрыть некоторым лицам возможность трудоустройства и еще более усугубить взаимосвязь между бедностью и плохим здоровьем.

Демографические изменения в Европе являются источником дополнительных экономических, бюджетных и социальных проблем, с которыми ей предстоит столкнуться в предстоящие десятилетия в связи с увеличением продолжительности жизни и потенциальным сокращением рабочей силы, в результате снижения рождаемости. В западной части Региона число лиц в возрасте старше 64 лет более чем удвоилось с 1950-х годов, а число лиц в возрасте старше 80 лет возросло в четыре раза. Хотя это явление может в целом рассматриваться как триумф общественного здравоохранения, оно представляет особенно серьезную проблему для служб здравоохранения и социального

обеспечения. По имеющимся прогнозам, в Европейском союзе в период с 2005 по 2050 гг. соотношение между числом лиц пожилых, экономически не активных лиц (старше 65 лет) и лиц работоспособного возраста может более чем удвоиться. Сейчас важнее, чем когда-либо прежде, обеспечить, чтобы люди как можно дольше сохраняли здоровье и самостоятельность. Это позволит избежать преждевременные смерти среди работающего населения среднего возраста, а болезни “отодвинуть” до как можно более поздних этапов жизни.

Особые проблемы для общества возникают в связи с глобализацией и урбанизацией. Одним из последствий глобализации является наблюдаемая в странах с низким и средним уровнем доходов склонность населения к выбору рациона питания, отличающегося высокой общей калорийностью, большим содержанием насыщенных жиров, соли и сахара. Во многих странах повседневное продовольственное снабжение населения становится исключительной прерогативой нескольких супермаркетов, а местные торговые точки и рынки исчезают. Эта тенденция, начавшаяся в Западной Европе, теперь отмечается и в некоторых частях Восточной Европы. Рост числа торговых соглашений, общих рынков и транснациональных каналов сбыта табака и алкоголя подбивает усилия правительства по осуществлению эффективного контроля над предложением и наличием в продаже этих изделий. Городское население в большей степени ведет все более малоподвижный образ жизни, что связано, в частности, с быстро растущим уровнем моторизации, ростом городов и сокращением возможностей повседневной физической активности в домашней, профессиональной и учебной среде. Современные “жирогенные” условия жизни, характеризующиеся нездоровым питанием и малоподвижным образом жизни, значительно усугубляют проблему ожирения, особенно среди детей, а также способствуют развитию других НИЗ, например, диабета.

На укрепление здоровья и профилактику НИЗ выделяется относительно небольшая часть бюджета здравоохранения. По данным Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), в среднем, лишь 3% всех расходов на здравоохранение в странах ОЭСР выделяется на программы популяционной профилактики и общественного здоровья, тогда как большая часть расходов тратится на “лечение и уход за больными.” Помимо этого, средства, поступающие от донорских агентств, или международная помощь направляются главным образом на борьбу с инфекционными заболеваниями, лишая заслуженного внимания болезни, ответственные на основную часть смертности и бремени болезней в таком регионе, как Европа. Согласно имеющимся данным, в Европейском регионе вклад ССЗ в смертность и бремя болезней превышает соответственно в 46 и 11 раз тот вклад, который вносят СПИД, туберкулез и малярия, взятые вместе.

Службы здравоохранения часто более ориентированы на лечение, а не на профилактику, а также преимущественно на лечение острых, а не хронических заболеваний, в результате чего остаются нереализованными возможности профилактики, раннего выявления и лечения заболеваний. У 50% лиц, страдающих сахарным диабетом, болезнь может оставаться необнаруженной, а у 50% больных с установленным диагнозом меры по коррекции метаболизма, липидного профиля и кровяного давления могут быть недостаточными, и это несмотря на тот известный факт, что почти 80% лиц, страдающих диабетом, умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. Качество медицинской помощи в случае некоторых распространенных болезней по-прежнему является вопиюще неадекватным, и возможности государственного здравоохранения могут оказаться недостаточными для решения этой проблемы. В реализации эффективных мер существует серьезный пробел. Ежегодно 30 000 женщин умирают от рака шейки матки, хотя эти смерти можно было бы предотвратить с помощью своевременного выявления и лечения. При этом в странах Центральной и Восточной Европы смертность от этой болезни в два-четыре раза выше, чем в Западной Европе.

Возможности для улучшения здоровья населения

Эффективные меры профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями уже существуют. Уже имеются возможности предотвращения или изменения факторов риска, профилактики заболевания, его рецидивов и дальнейшего развития, предотвращения инвалидности и ранней или болезненной смерти. Даже в случае заболевания его исход может быть улучшен за счет ранней диагностики, надлежащего лечения и эффективной реабилитации. Задача состоит в том, чтобы обеспечить более эффективное и равномерное применение существующих в этой области знаний, с тем, чтобы все члены общества могли в равной мере рассчитывать на благоприятный эффект от их применения. Если в некоторых странах были сделаны существенные шаги вперед, разрыв между странами и внутри каждой из них свидетельствует о том, что по-прежнему имеется огромный потенциал для улучшения здоровья населения Европы.

Величайший оздоровительный потенциал заложен в профилактике. На примере ишемической болезни сердца (ИБС) можно отметить, что 80-процентное снижение смертности в Финляндии в период с 1972 по 1992 гг. объясняется уменьшением основных факторов риска. Аналогичным образом, в Ирландии почти половина снижения (48,1%) уровней смертности от ИБС, имевшей место среди лиц в возрасте 25–84 лет в период с 1985 по 2000 гг., также приписывается уменьшению факторов риска. В обеих странах самые значительные благоприятные эффекты, судя по данным, связаны со снижением средних уровней холестерина, распространенности курения и кровяного давления.

В целом, профилактика на уровне населения является самой устойчивой стратегией в долгосрочной перспективе. Она является средством решения проблем, связанных с целым рядом НИЗ и, вместе с тем с их общими факторами риска. Примеры эффективных мер по снижению распространенности факторов риска среди населения включают налогообложение табачных изделий или снижение содержания жира, соли и сахара в готовых пищевых продуктах. Меры, направленные на преодоление сразу нескольких факторов риска на уровне населения, могут привести изменения в профили факторов риска, которые, будучи незначительными на индивидуальном уровне, могут внести значительный вклад в уменьшение смертности от НИЗ на популяционном уровне. Так, по прогнозам, в Соединенном Королевстве смертность от ИБС могла бы быть сокращена вдвое за счет небольших изменений в факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний: снижение

на 1% уровней холестерина у населения могло бы привести к сокращению смертности от ИБС на 2–4%; 1-процентное сокращение распространенности курения могло бы предотвратить 2000 смертей от ИБС в год; а 1-процентное снижение уровней диастолического давления у населения Соединенного Королевства могло бы предотвратить 1500 смертей от ИБС в год.

Необходимо уделять внимание сокращению неравенства в отношении здоровья. В Соединенном Королевстве заболеваемость, связанная с осложнениями диабета, в три с половиной раза выше среди самых малоимущих слоев населения в сопоставлении с наиболее обеспеченными людьми. Исследования также показывают, что мужчины в возрасте 20–64 года, занятые малоквалифицированным или неквалифицированным ручным трудом, имеют втрое больший риск преждевременной смерти от ССЗ по сравнению с мужчинами, занимающими профессиональные и управленческие должности. В настоящее время имеются бесспорные доказательства тесной корреляции между социально-экономическим статусом и неравенством в отношении здоровья. Меры по реализации стратегий, направленных на воздействие на более широкие детерминанты здоровья, такие, например, как экономический рост, неравенство доходов и бедность, образование, условия труда и производственная среда, безработица и доступность медицинской помощи, являются в настоящее время основным средством значительного улучшения здоровья населения. Для осуществления этого широкого диапазона мер на уровне населения необходимы усилия всего общества с участием не только отрасли здравоохранения, но и других отраслей и секторов. Отрасль здравоохранения должна сотрудничать с различными отраслями и секторами общества, с тем чтобы повысить осознание их вклада в создание тех или иных условий и ответственности, которую они несут за то, чтобы улучшить эти условия. Работу по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья следует рассматривать как неотъемлемый элемент социальной и экономической политики, а не как отдельные меры по преодолению неравенства в отношении здоровья.

Профилактика должна проводиться одновременно на уровне населения и на уровне индивидуумов. Если не лечить пациентов с высокой степенью риска, воздействие на заболеваемость и смертность от НИЗ в кратко- и среднесрочной перспективе будет весьма ограниченным. У лиц с нарушением толерантности к глюкозе, подверженных риску развития диабета, интенсивная программа изменения образа жизни может сократить риск развития диабета на 58%, а фармакологическое лечение – на 31%. Комбинированная медикаментозная терапия (аспирин, бета-блокаторы, диуретики, статины), например, может позволить сократить на 75% возникновение инфаркта миокарда у предрасположенных к нему лиц. При этом, многие из этих эффективных мер не прово-

дятся: так, в результате проведенного исследования EUROASPIRE II было выявлено, что в Европе по-прежнему существуют значительные возможности снижения риска рецидивов ИБС за счет изменений в образе жизни, тщательной коррекции других факторов риска и более эффективного использования доказавших свою действенность лекарственных курсов лечения, и что, например, около половины пациентов с ишемической болезнью в Европе по-прежнему нуждаются в более интенсивном регулировании кровяного давления.

Медицинский скрининг может предотвратить инвалидность и смертность и улучшить качество жизни, если он правильно осуществляется, и если эффективное, недорогостоящее и приемлемое лечение доступно для тех, кто в нем нуждается. Число скрининговых тестов, доказавших свою эффективность в выявлении индивидуумов с высокой степенью риска, очень невелико, а для того, чтобы использовать их с максимальной отдачей системы здравоохранения должны располагать соответствующими возможностями. Скрининг и последующее лечение лиц с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, используя глобальный или комплексный подход с учетом одновременно нескольких факторов риска, экономически более эффективны, чем коррекция отдельных факторов риска, или подход, основанный на принятии соответствующих мер только в тех случаях, когда отдельные факторы риска превышают какие-то произвольно взятые уровни (7). Скрининг индивидуумов с целью раннего обнаружения злокачественной опухоли молочной железы и шейки матки в странах, располагающих достаточными ресурсами для обеспечения надлежащего лечения этих заболеваний, также является действенным методом, особенно если он применяется в рамках организованных популяционных программ скрининга (8,9). Диабетическая ретинопатия, будучи легко выявляемым и поддающимся лечению осложнением диабета, является важной причиной потери зрения в странах Европы: проводя регулярный скрининг лиц повышенного риска с последующим лечением можно предотвратить слепоту.

Для Европы в 21^{ом} веке актуальны как популяционные подходы, так и подходы на группы высокого риска, хотя потенциал их дальнейшего благотворного воздействия на здоровье и их применимость могут варьироваться от страны к стране и меняться с течением времени. В тех европейских странах, где достаточно простые и рентабельные стратегии, такие как налогообложение табака и замена насыщенных жиров ненасыщенными, еще не реализованы в широких масштабах, наибольшую отдачу могут принести популяционные стратегии, хотя параллельно с ними могут внедряться и индивидуальные стратегии, нацеленные на пациентов с высоким риском. В тех европейских странах, которые в течение уже нескольких десятков лет применяют стратегии по преодолению факторов риска и добиваются хороших результатов, растущий потенциал *допол-*

нительного благоприятного эффекта для здоровья населения может отныне заключаться в индивидуальных стратегиях, нацеленных на группы высокого риска, хотя необходимо продолжать и применение популяционных подходов.

Риск развития заболевания у индивидуума может зависеть от взаимодействия между индивидуумом, его подверженностью заболеванию и окружающей средой в широком смысле этого слова. Хотя сокращение и преодоление факторов риска, в большей степени поддающихся изменениям, остается краеугольным камнем деятельности по предотвращению и борьбе с НИЗ, существует вероятность того, что в течение ближайших 5–10 лет будет разрабатываться все большее число тестов на выявление нарушений, связанных с одиночным геном, и на генетическую предрасположенность к распространенным заболеваниям. Возникнет возможность тестировать лиц без выраженной симптоматики на генетические нарушения и выявлять тех, кто подвержен повышенному генетическому риску, тем самым позволяя оказывать более раннюю и более прицельную помощь до появления симптомов. Будет возможно и тестирование лиц с наличием симптоматики с целью подтверждения диагноза и предложения терапевтических новинок. Масштаб потенциальной выгоды для здоровья населения в результате этих научных достижений пока еще не известен, но может быть связан со значительными последствиями в отношении организации, укомплектования штатами и предоставления услуг в сфере здравоохранения, а также в отношении вопросов этики и равного доступа.

Профилактические меры должны сочетаться с усилиями по укреплению защитных факторов, которые могут повысить способность людей к восстановлению и сопротивляемость организма к факторам риска и заболеваниям (10). Содействие обеспечению благоприятных условий в начале жизни посредством оказания поддержки родителям и детям раннего возраста – это значимая инвестиция в физическое и эмоциональное развитие, что благотворно сказывается на здоровье на протяжении всего жизненного пути человека. Принадлежность к социальной сети и “чувство локтя” могут оказать мощное защитное воздействие на здоровье индивидуумов. Прочная социальная поддержка может снабдить людей дополнительными эмоциональными и практическими ресурсами, особенно необходимыми для преодоления сложных периодов жизни. Эффективные меры в этой области включают: улучшение социального климата в школах, на рабочих местах и в обществе; усиление социальной поддержки пожилым людям; и организация программ обучения, помогающих людям приобрести умения и навыки решать проблемы и налаживать контакты в обществе, управлять стрессом и владеть ситуацией.

Концентрация усилий, основанных на доказательствах и экономически эффективных мерах, и улучшение качества этих мер могут способствовать эффективному использованию ресурсов и реализации потенциала, имеющегося для улучшения здоровья населения. В арсенале средств контроля заболеваний имеются эффективные средства снижения заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности. Хотя следует отметить, что для обеспечения их максимальной эффективности необходима ранняя диагностика заболевания и хорошо организованные системы медицинской помощи (11). Так, было показано, что помощь, оказываемая лицам, перенесшим инсульт, в специализированном отделении, на 25% сокращает уровень летального исхода или зависимости пациентов от окружающих в выполнении функций повседневной жизни (ADL). Существуют меры, предотвращающие рецидив заболевания, например, профилактика повторного инфаркта или инсульта у тех, кто имел соответствующий диагноз. Задача сейчас заключается в том, чтобы повысить способность систем здравоохранения использовать эффективные методы медицинской помощи в широком масштабе, так как качество оказываемой помощи можно улучшить даже в условиях ограниченного бюджета.

Для обеспечения максимальной эффективности ведения больных с хроническими заболеваниями **в соответствующих программах должны использоваться как общие подходы к лечению хронических состояний, так и методы лечения конкретных заболеваний.** Модели оказания помощи, ориентированные на улучшение ведения больных с хроническими заболеваниями, существуют и реализуются в ряде стран, таких как Англия и Дания. Кроме того, имеются рамочные программы или руководства по лечению конкретных заболеваний. Учитывая рост сочетанной заболеваемости, помощь, ориентированная на удовлетворение совокупных потребностей пациента, может оказаться более многообещающей стратегией, чем помощь, направленная на лечение отдельно взятых болезней. В руководствах по лечению отдельных заболеваний часто не учитывается масштаб и воздействие сочетанной заболеваемости. И здесь важную роль в оказании комплексной помощи призваны сыграть врачи первичного звена. Активное участие пациента в ведении заболевания может улучшить итоговые результаты лечения: например, обучение лиц, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, стратегиям самостоятельного контроля за болезнью приносит пользу в виде улучшения уровней глюкозы по данным анализа натощак, гемоглобина и лучшего понимания характера заболевания, а также позволяет снизить уровни систолического давления, массу тела и потребность в медикаментозном лечении диабета.

Инвестирование в решение проблем НИЗ позволит значительно улучшить состояние здоровья населения и экономическую ситуацию многих стран с низким и средним уровнем доходов. Так, в стра-

нах Восточной Европы и бывшего Советского Союза сокращение смертности среди взрослого населения до уровня, существующего в Европейском союзе, за счет концентрации усилий на проблеме НИЗ и внешних причинах, позволит существенно – в среднем на восемь лет – увеличить показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении (12). По оценкам, в Российской Федерации потенциальная экономическая выгода составила бы 29% российского ВВП на 2002 г., если бы страна вышла к 2025 г. на средний по ЕС-15⁴ (в составе 15 стран) уровень заболеваемости НИЗ (13). Аналогичным образом, сосредоточение усилий на профилактике и более широких детерминантах здоровья с целью улучшения состояния здоровья всего населения и сокращения неравенства в отношении здоровья рассматривается как важнейший фактор в странах с высоким уровнем дохода, пытающихся сократить стремительно растущие расходы на здравоохранение (14).

Подытоживая вышеизложенное, можно сделать вывод, что, в целом, наибольших успехов в улучшении здоровья населения можно добиться с помощью комплексной стратегии, способствующей реализации программ укрепления здоровья и профилактики на уровне всего населения и, одновременно, нацеленной на группы высокого риска и максимальный охват населения эффективными методами лечения и ведения больных. Работа в области более широких детерминант здоровья и сокращение неравенства внутри стран и между ними могут содействовать значительным улучшениям.

⁴ Европейский союз до 2004 г., в состав которого входило 15 государств-членов.

Основные принципы

Основные принципы этой Европейской стратегии полностью совпадают с принципами основ политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (15). Поэтому в стратегии, основанной на учете таких ключевых ценностей, как равноправие, солидарность и участие, также говорится о том, что здоровье является фундаментальным правом каждого человека, и содержится призыв к лицам, определяющим политику, претворять эти ценности в жизнь посредством этического управления своими системами здравоохранения. В рамках этой концепции настоящая стратегия еще раз провозглашает пять ключевых принципов, которые должны направлять разработку и развитие политики на всех уровнях в каждой из стран.

- Конечная цель политики здравоохранения – полная реализация всеми людьми имеющегося потенциала здоровья.
- Устранение различий в состоянии здоровья между странами и внутри них (т.е. солидарность) имеет огромную важность для общественного здравоохранения в Регионе.
- Участие населения – это ключевое условие для развития здравоохранения.
- Развитие здравоохранения может быть обеспечено только с помощью межотраслевых стратегий и межотраслевого инвестирования, направленного на улучшение детерминантов здоровья.
- Каждый сектор общества несет ответственность за те последствия, которые его деятельность оказывает на здоровье людей.

В соответствии с видением программы “Здоровье для всех” и определением здоровья, содержащимся в Уставе ВОЗ, здоровье является позитивным ощущением благополучия, а “не просто отсутствием болезни”, и политика в области здравоохранения – это нечто гораздо большее, чем просто оказываемая пациенту помощь. Право человека на здоровье означает не только право на получение своевременной и адекватной медицинской помощи, но и право на необходимые детерминанты здоровья. В связи с этим, правительство несет ответственность за принятие мер в отношении социальных детерминант здоровья и должно реализовывать эту ответственность в политике, обеспечивающей благоприятные условия для того, чтобы возможности улучшения здоровья и, в конечном итоге, положительные результаты оздоровления были доступны всем, независимо от возраста, пола, этнической принадлежности и т.д. Поэтому, в соответствии с политикой “Здоровье для всех”, настоящая стратегия охватывает все четыре направления работы,

необходимые для улучшения здоровья населения: улучшение детерминант здоровья; пропаганда здорового образа жизни; программы профилактики и ранней диагностики; и оказание пациенту необходимой медицинской помощи.

Стратегический подход

Данная стратегия нацелена как на профилактику, так и на лечение НИЗ. Она основана на использовании сбалансированного подхода к устранению или уменьшению предотвратимых причин болезней, инвалидности и преждевременной смертности, с одной стороны, и действий, направленных на улучшение результатов лечения и качества жизни людей, уже страдающих от НИЗ. Более конкретные цели стратегии включают: предотвращение или уменьшение факторов риска; предупреждение развития или прогрессирования болезни; профилактику инвалидности; предупреждение болезненной или преждевременной смерти.

Данная стратегия охватывает все НИЗ, характеризуемые общими факторами риска, общими детерминантами и общими возможностями их профилактики и коррекции. Ввиду многофакторной этиологии этих заболеваний и часто имеющей место концентрации факторов риска и сопутствующих заболеваний, особенно у наиболее уязвимых членов общества, этот подход представляется наиболее эффективным и результативным.

Такой комплексный подход предусматривает действия по всему “континууму” охраны здоровья населения, включающему укрепление здоровья, профилактику заболеваний и ведение больных, с проведением мер, направленных на все население, группы повышенного риска и больных как

Рамка 1. Стратегический подход

Комплексный подход к борьбе с НИЗ позволяет одновременно:

- содействовать разработке и осуществлению программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний на популяционном уровне;
 - вести активную целевую профилактическую работу с группами и лицами, подвергающимися высокому риску;
 - обеспечить максимальный охват населения эффективными лечебно-профилактическими мерами,
- осуществляя при этом на систематической основе интеграцию политики и действий, направленных на уменьшение неравенства в отношении здоровья.

на ранних, так и на более поздних стадиях болезней. **Стратегический подход основывается на ряде ключевых элементов (см. рамку 1).**

Такой подход будет эффективным только в том случае, если многоотраслевые действия по устранению или уменьшению факторов риска и лежащих в их основе причин будут сочетаться с усилиями по укреплению систем здравоохранения с целью совершенствования лечебно-профилактических методов. **Видение, цель и задачи стратегии изложены в рамке 2.**

Рамка 2. Видение, цель, задачи

Видение

Бережно относящаяся к здоровью Европа, свободная от предотвратимых неинфекционных заболеваний, преждевременных смертей и инвалидности, которой можно избежать.

Цель

Предотвращение преждевременных смертей и значительное сокращение бремени болезней, обусловленного НИЗ, посредством комплексных действий, направленных на улучшение качества жизни и более равномерное распределение показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни в государствах-членах и между ними.

Задачи

- Предпринимать комплексные меры в отношении факторов риска и лежащих в их основе причин на межсекторальном уровне.
- Укреплять системы здравоохранения с целью улучшения профилактики и борьбы с НИЗ.

Действия в этой области основываются на приведенных ниже **основных принципах** Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ (см. рамку 3).

В целях оказания государствам-членам содействия в пересмотре и укреплении их стратегий профилактики и борьбы с НИЗ им предлагается концептуальная модель проведения мероприятий и выполнения взятых обязательств. **Рамочная программа действий по профилактике и борьбе с НИЗ** (см. рис. 1) составлена на основе двух существующих и тесно переплетающихся с нею концепций, изложенных в Бангкокской хартии по укреплению здоровья в глобализованном мире

Рамка 3. Основные принципы

1. Профилактика на всех этапах жизни – это эффективный подход, и связанные с этим расходы следует рассматривать как инвестицию в здоровье и развитие.
2. Общество должно создавать среду обитания, благоприятную для здоровья людей, что также облегчает выбор здорового образа жизни.
3. Деятельность служб общественного здравоохранения и служб медицинской помощи должна соответствовать стоящим перед ними задачам, и они должны принимать адекватные меры как для борьбы с уже существующими болезнями, так и для расширения возможностей укрепления здоровья.
4. Людям должны быть предоставлены возможности, позволяющие им укреплять свое здоровье, эффективно взаимодействовать с медицинскими службами и активно участвовать в принятии решений относительно лечения и контроля своей болезни.
5. Всеобщая доступность возможностей для укрепления здоровья, профилактики болезней и получения медицинской помощи – это важнейшее условие обеспечения справедливости в отношении здоровья.
6. Правительства на всех уровнях несут ответственность за выработку государственной политики, учитывающей интересы охраны здоровья населения, и за принятие надлежащих мер во всех соответствующих секторах.

(16) и докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2000 г.), посвященном развитию систем здравоохранения (17), в которых обеспечивается сочетание таких важнейших функций здравоохранения, как укрепление здоровья, профилактика заболеваний и оказание медицинской помощи. Данная программа действий также согласуется с рамочными принципами действий, изложенными во всемирном докладе *Preventing chronic diseases: a vital investment* (1) (“Профилактика хронических заболеваний: жизненно важная инвестиция”) и Видение стратегии с позиций CINDI (18).

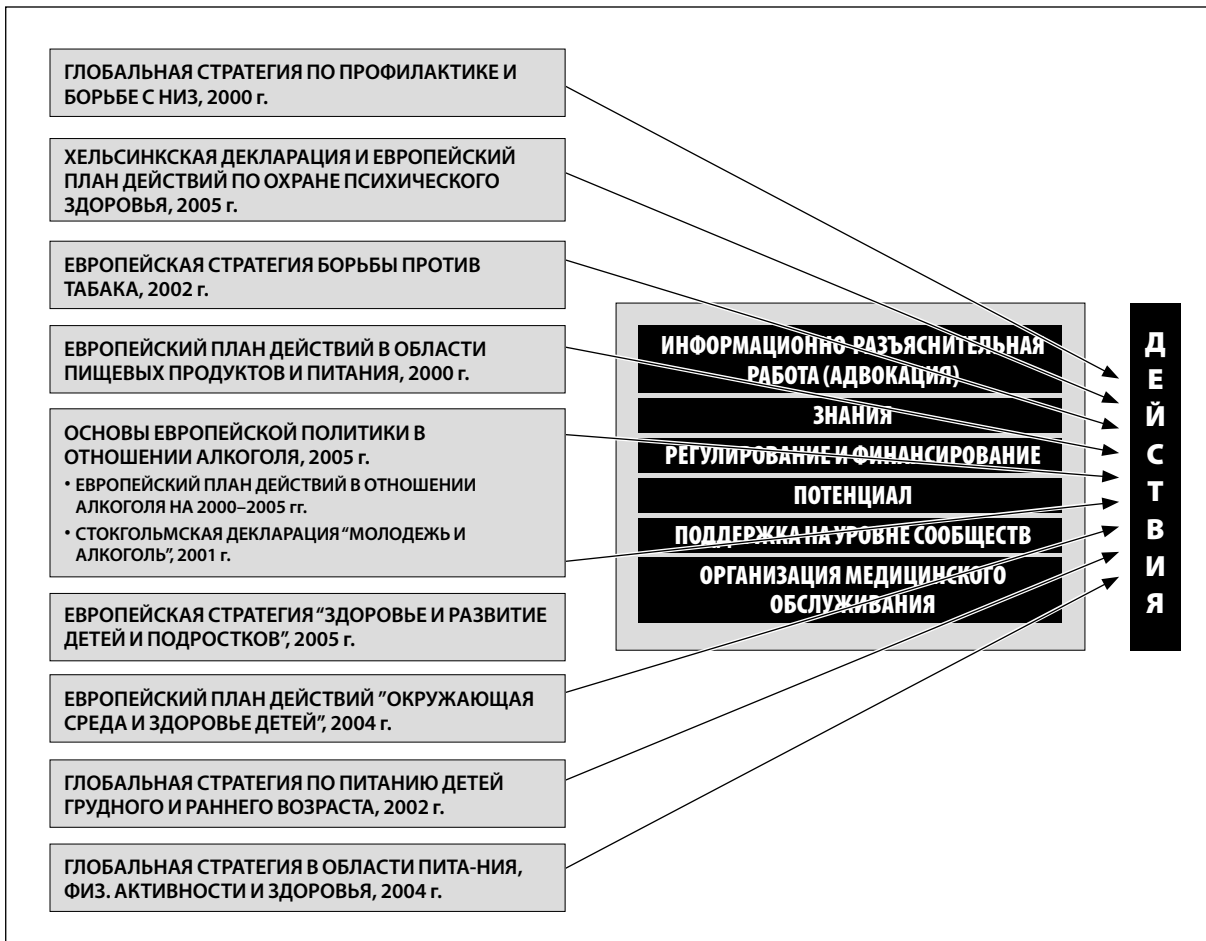
Европейская стратегия профилактики и борьбы с НИЗ предоставляет государствам-членам возможность объединить в рамках согласованного и взаимоусиливающего механизма те стратегии и планы действий ВОЗ, которые направлены на комплексную борьбу с НИЗ на протяжении всей жизни человека (рис. 2 и Приложение 2). При разработке этой стратегии не ставилась задача пов-

торить или заменить эти стратегии и планы действий, а скорее воспользоваться их опытом, обеспечить их более эффективную реализацию и сотрудничество для достижения общей цели. В этой

Рисунок 1. Комплексная рамочная программа действий в области НИЗ



Рисунок 2. Комплексный, ориентированный на действия подход



области необходимо сочетание горизонтальных и вертикальных подходов, но при этом следует помнить о том, что для получения потенциального синергетического эффекта они должны быть хорошо скоординированы и интегрированы.

В следующем разделе, озаглавленном “Рамочная программа действий” (с. 27–40), более подробно рассматриваются шесть направлений работы, указанных на рис. 1 и 2, и приводятся примеры

действий для иллюстрации того, как эти виды работы могут быть объединены. Рамочная программа также предоставляет возможность реализовать основные принципы, определить, какие именно аспекты не охвачены другими стратегиями и планами действий, и подчеркнуть важность детерминант здоровья и необходимость уменьшения неравенства в отношении здоровья.

В Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ всем правительствам и другим соответствующим ответственным органам предлагается проанализировать имеющиеся стратегические подходы и принять решения о том, какие из них позволят наилучшим образом выполнить задачи, поставленные в стратегии. Хотя между всеми европейскими странами и существуют большие различия в отношении имеющихся ресурсов и потенциала, а также стоящих перед ними задач в области борьбы с НИЗ – все они могут принять эффективные ответные меры. Данная стратегия должна, во-первых, помочь государствам-членам провести оценку используемых ими в настоящее время подходов, а во-вторых, помочь им усовершенствовать их с тем, чтобы разработать или укрепить национальные стратегии комплексной борьбы с НИЗ в рамках системы общественного здравоохранения. Для большинства действий требуются соответствующие механизмы, исполнители и условия, и все они рассматриваются различным образом в следующих двух разделах. В разделе, озаглавленном “Принятие мер” (с. 41–48), будет более подробно рассмотрена роль правительств и особенно министерств здравоохранения в разработке, реализации, мониторинге и оценке политики профилактики и борьбы с НИЗ. Политическая приверженность – это необходимое условие любых эффективных действий в этом направлении.

Рамочная программа действий

В данном разделе рассматривается каждое из шести направлений работы, вкратце описанных в разделе “Стратегический подход” (с. 21–26), с описанием тех элементов, которые они охватывают, и приводятся примеры действий, которые могут быть включены. Эта деятельность основывается на существующих стратегиях и планах действий ВОЗ, а также на других соответствующих материалах, таких, например, как документы, подготовленные для предстоящей европейской министерской конференции ВОЗ по борьбе с ожирением (например, “Содействие повышению физической активности в интересах здоровья – основа для действий в Европейском регионе ВОЗ”), следующий Европейский план действий ВОЗ по пищевым продуктам и питанию, а также предложенная в качестве следующего этапа проводимой Европейским региональным бюро ВОЗ стратегии поддержки стран стратегия укрепления систем здравоохранения (19). Этот раздел предназначен, главным образом, для министерства здравоохранения и лиц, определяющих политику в области общественного здравоохранения. В то же время другие заинтересованные стороны, такие, например, как неправительственные организации, частный сектор и общественные группы, могут найти в нем примеры, которыми они могут воспользоваться в своей работе.

Информационно-разъяснительная работа (адвокация)

Информационно-разъяснительная деятельность в интересах здоровья представляет собой комбинацию индивидуальных и социальных действий, цель которых – обеспечить политическую приверженность, стратегическую поддержку, принятие обществом и инфраструктурную поддержку тех или иных целей и программ в области охраны здоровья. Цель этой работы – создать условия жизни, благоприятные для здоровья и формирования здорового образа жизни. Будучи основной стратегией укрепления здоровья, информационно-разъяснительная работа может принимать различные формы, включая использование средств массовой информации (СМИ), прямое политическое лоббирование и мобилизацию местных сообществ, например, посредством создания коалиций партнеров для решения тех или иных конкретных вопросов. Органы, формирующие политику в области охраны здоровья, в частности министерства здравоохранения, должны действовать в качестве защитников интересов здоровья и обеспечивать наглядное

стратегическое управление в отношении политики, сказывающейся на здоровье населения и его детерминантах, включая деятельность других государственных органов и отраслей.

Ниже приводятся примеры конкретных действий в этой области.

Информационно-разъяснительная работа в защиту здоровья применительно ко всем направлениям политики, как в рамках правительства, так и в других отраслях

- Постановка акцента на взаимосвязях между здоровьем и его детерминантами, на тот факт, что большинство этих детерминантов лежат вне сферы здравоохранения, а также на то, что все отрасли и сектора должны принимать участие в деятельности, направленной на улучшение детерминант здоровья.
- Обоснование целесообразности рассматривать профилактику НИЗ как инвестицию, приносящую пользу для других отраслей и развития общества в целом, что проявляется в улучшении показателей производительности, трудовой занятости, социального единства и экономического развития.
- Разработка механизмов, способствующих координации действий в рамках правительства, таких, например, как создание межведомственных комитетов, идентификация общих целей и ресурсов, а также принятие системы общих ценностей.
- Поощрение макростратегий, направленных на снижение рисков для здоровья и улучшение качества жизни, например, посредством увеличения доступности более качественных продуктов питания и здорового рациона питания, улучшения жилищных условий и доступа к образованию, создания условий, способствующих ведению физически активного образа жизни, улучшения условий труда, обеспечения экономической безопасности и т.д.
- Использование оценки воздействия на здоровье в качестве инструмента для анализа потенциальных результатов политики, программы или проекта для здоровья населения и распределения этих результатов среди населения.
- Содействие проведению в жизнь трудовой политики, учитывающей нужды семьи, особенно в том, что касается поддержки работающих женщин, решающих продолжать грудное вскармливание.

Пропаганда действий по улучшению социальных детерминант здоровья, возглавляя для этой цели соответствующие действия в секторе здравоохранения

- Обеспечение того, чтобы приоритетность инвестиций на цели оздоровления населения определялась на основе их потенциального вклада в социальное и экономическое развитие.

- Анализ политики и услуг на предмет их чувствительности к различиям, связанным с возрастом, полом, этнической принадлежностью и потребностями различных уязвимых групп (например, посредством проведения проверок с целью выявления степени доступности медицинских услуг для различных социально-экономических групп).
- Усиление положительных защитных факторов в службах здравоохранения (например, посредством усиления социальной поддержки и обеспечения участия коллективов медицинских работников в принятии решений, затрагивающих их работу).
- Сокращение неблагоприятных последствий плохого состояния здоровья для малоимущих за счет облегчения возврата к трудовой жизни хронически больных людей.
- Развитие специальных служб для “труднодостижимых” групп, таких как бездомные и мигранты.

Знания

Организаторы здравоохранения должны все в большей степени основывать политику и оперативную работу в области общественного здравоохранения и медицинского обслуживания на надежных знаниях, данных и доказательствах. Дело в том, что реализация неэффективных мер сопряжена не только с нерациональным использованием ресурсов, но и с риском негативных последствий для здоровья отдельных лиц и населения в целом (20). Для выполнения своей направляющей и руководящей функции министерствам здравоохранения требуются хорошо функционирующие системы систематического сбора информации, помогающие им принимать решения, проводить оценку нужд здравоохранения и определять приоритеты, а также осуществлять мониторинг процесса и результатов. Сбор данных по широкому кругу показателей здоровья и их систематизация по важнейшим категориям населения, в частности, по уровню дохода, возрасту, полу и этнической принадлежности, позволяют лицам, определяющим политику, оценивать распределение положительных результатов для здоровья среди различных групп населения и анализировать прогресс на пути к достижению равенства.

При принятии решений в области политики здравоохранения, касающихся всего населения, следует использовать самые высококачественные данные и доказательства из широкого круга источников. Отсутствие окончательных и веских доказательств не должно быть причиной для бездействия, особенно в тех случаях, когда речь идет о серьезном риске для здоровья. Принятие решений в сфере общественного здравоохранения должно осуществляться на прозрачной и демократичес-

кой основе, с учетом сложности и неопределенности условий, в которых оно происходит, и здесь полезным инструментом в управлении риском может служить принцип предосторожности.

Повышение уровня грамотности в вопросах здоровья, т.е. повышение доступности для людей информации о здоровье, а также их способности правильно понимать и использовать ее полезным для здоровья образом – это решающее условие для принятия обоснованных решений и развития способности управлять своим здоровьем. Для многих людей, особенно когда они чувствуют себя уязвимыми и больными, или испытывают боль или тревогу по поводу своего здоровья, принятие решения о том, куда именно нужно обращаться за помощью, самостоятельное лечение и участие в принятии решений являются очень трудной задачей.

Ниже приводятся примеры конкретных действий в этой области.

Использование существующих знаний с большей отдачей

- Выявление тех участков, где подкрепленные доказательствами и экономически эффективные меры могли бы лучше применяться на практике, а также возможностей сокращения мер, показавших себя как малоэффективные.
- Создание механизмов, позволяющих более эффективно и оперативно претворять результаты исследований в жизнь.
- Включение элементарных знаний по медицинской профилактике в программы высшего и последующего обучения для медицинских работников, поскольку в настоящий момент упор в них по-прежнему часто делается на острые состояния/лечебные модели медицинской помощи.

Выработка новых знаний и информации

- Введение процесса оценки и мониторинга политики и обслуживания в повседневную практику.
- Создание или укрепление учреждений, занимающихся разработкой политики, предоставлением рекомендаций по выработке политики или оценкой и анализом политики.
- Выявление и устранение пробелов в научных исследованиях в области общественного здравоохранения с помощью соответствующего перераспределения ресурсов.
- Создание систем санитарно-эпидемиологического надзора для сбора и анализа общих (и дезагрегированных) данных о здоровье населения, имеющих риски и детерминантах здоровья.
- Повышение знаний о взаимосвязях между социальными детерминантами и здоровьем.

- Обеспечение того, чтобы при финансировании новых исследований они охватывали как женщин, так и мужчин (за исключением тех случаев, когда исключение одного из полов оправдано по клиническим причинам или в силу имеющихся доказательств), чтобы все подгруппы населения были представлены в статистических выборках и чтобы обнаруженные различия отразились в результатах этих исследований.

Содействие использованию знаний при выработке политики

- Содействие налаживанию контактов между научными работниками, консультантами/ разработчиками политики и политиками, например, за счет укрепления или создания национальных научно-исследовательских институтов в области общественного здравоохранения.
- Развитие в системе общественного здравоохранения навыков использования и интерпретации медицинской информации для оценки потребностей здравоохранения и выработки политики.

Использование знаний в качестве средства расширения возможностей и участия населения применительно к охране здоровья

- Работа со средствами массовой информации для улучшения информированности населения о рисках для здоровья и возможностях поддержания здоровья.
- Вовлечение общественности в процесс определения приоритетов и принятия решений в области общественного здравоохранения.
- Обеспечение доступа населения к важной для здоровья информации и поощрение и развитие у людей интереса к поиску информации.
- Информирование общественности о разработках в области генетических технологий, о возможностях, открывающихся в связи с такими разработками, и об их значении с этической точки зрения.
- Использование механизмов повышения уровня грамотности в вопросах здоровья, таких как средства поддержки принятия решений пациентами, курсы обучения методам управления собой и решение проблем неграмотности и незнания языка как барьеров на пути к просвещению населения в вопросах здоровья.
- Повышение уровня грамотности и возможностей в вопросах здоровья специалистов немедицинского профиля, работа которых влияет на здоровье и его детерминанты, таких как преподаватели, работники правоохранительных органов, лица, занимающиеся городским планированием, социальные работники, журналисты.

Регулирование и финансирование

Регулирование и законодательство являются фундаментальными элементами как политики, так и практической деятельности государства в вопросах здравоохранения. Регулирование относится, по общему признанию, к компетенции министерств и охватывает как установление правил поведения работников системы здравоохранения (причем не только в министерстве здравоохранения или государственном секторе), так и обеспечение соблюдения этих правил. Хотя механизмы регулирования могут быть высокоэффективными с точки зрения затрат мерами охраны здоровья населения, отсутствие у правительства приверженности этому направлению работы или необходимых ресурсов может негативно сказаться на его способности выполнять регулирующие функции.

Финансирование здравоохранения может быть важным механизмом практической реализации политики и планов. Это широкое понятие охватывает следующие три функции: (i) изыскание средств, (ii) объединение средств и работа по устранению или уменьшению рисков среди населения в целях укрепления социальной солидарности, (iii) покупка медицинских услуг, что предусматривает распределение ресурсов среди поставщиков медицинских услуг и направлений лечебно-профилактической и оздоровительной работы таким образом, чтобы максимально повысить полезный эффект для здоровья населения. Различные механизмы финансирования могут использоваться в качестве рычагов для проведения в жизнь изменений в области профилактики и борьбы с НИЗ, таких как создание стимулов для улучшения качества медицинской помощи и обслуживания, облегчение бремени расходов на медицинские услуги из своего кармана, сокращение финансовых барьеров на пути к получению требуемой помощи.

Ниже приводятся примеры конкретных действий в этой области на международном, национальном и местном уровнях.

Создание и обеспечение соблюдения нормативно-правовой базы (законодательство, постановления, указы, соглашения)

- Ограничение рекламы, спонсорства и стимулирования сбыта таких изделий, как табак, алкоголь и некоторые виды пищевой продукции, особенно среди молодежи и в связи с организацией спортивных событий и культурно-развлекательных мероприятий.
- Защита людей от табачного дыма в окружающей среде посредством превращения всех общественных мест в свободные от курения, включая общественный транспорт и места работы, бары и рестораны, учебные заведения и учреждения здравоохранения.

- Использование законов о выдаче разрешений и продаже с целью обеспечения контроля над предложением табака и алкоголя, особенно ориентированного на молодежь.
- Обеспечение соблюдения нормативно-правовой базы в области общественного здравоохранения, например законодательных норм в отношении вождения в нетрезвом состоянии.
- Использование законодательства в области прав человека для целей общественного здравоохранения, например, для защиты интересов здоровья в качестве одного из прав человека, для ограничения целенаправленного воздействия на детей со стороны коммерческих предприятий, для решения проблем дискриминации по возрастному, половому или этническому признаку и для того, чтобы положить конец негуманному и унижительному обращению с лицами, страдающими психическими расстройствами.
- Контроль качества определенных изделий, таких как продукты питания, табак, алкоголь и лекарственные средства, посредством регулирования и мониторинга их содержания, упаковки и методов сбыта, а также контроль за информированием потребителей о таких изделиях.
- Разработка четкой и понятной маркировки в отношении питательной ценности продаваемых продуктов для того, чтобы потребители могли выбирать более здоровую пищу.
- Работа с предприятиями пищевой промышленности на основе добровольных или принудительных соглашений с целью снижения содержания добавок в виде соли, жиров и сахара в готовых пищевых продуктах и сбыта некоторых высококалорийных, но малопитательных пищевых продуктов и напитков детям.
- Регулирование территориального обустройства, например, посредством оценки воздействия на здоровье проектов транспортного и городского развития в целях улучшения условий для пешеходных прогулок и езды на велосипеде, сокращения больших скоплений людей и расширения возможностей социального взаимодействия.
- Содействие повышению безопасности на рабочих местах и экологической безопасности путем контролирования качества атмосферного воздуха и содержания в среде обитания вредных для здоровья частиц пыли и химических веществ, а также физических и биологических агентов, особенно во время беременности, в детском и подростковом возрасте.

Использование финансовых и налоговых мер для содействия принятию решений в пользу здорового образа жизни

- Работа с агропромышленным и экономическими секторами на международном, национальном и местном уровне с целью повышения доступности фруктов, овощей и других более здоровых продуктов питания по доступным для населения ценам.

- Работа с органами местного самоуправления и другими инстанциями и организациями в целях увеличения доступности недорогих товаров и услуг, способствующих росту физической активности.
- Использование субсидий для оказания воздействия на привычки питания взрослых и детей в определенных условиях, например, в школах и на производстве.
- Отмена субсидий на производство вредных для здоровья товаров, например, табака, и постепенное переключение субсидий с мясной и молочной продукции на фрукты и овощи.
- Разработка политики налогообложения, обеспечивающей высокую реальную цену на алкогольную и табачную продукцию.
- Разработка политики налогообложения, способствующей использованию более устойчивых и экологически чистых средств передвижения, с предоставлением льгот, поощряющих переход на ходьбу, езду на велосипеде и использование общественного транспорта.
- Изучение возможностей использования налогов на пищевую продукцию и других финансовых мер в качестве средства воздействия на потребление продуктов питания и привычки питания.

Использование механизмов финансирования здравоохранения для проведения в жизнь изменений

- Изучение возможности использования ассигнования ресурсов как средства их перераспределения соразмерно относительным потребностям, бремени болезней, экономической эффективности тех или иных мер и потенциала оздоровления при одновременном признании наличия в некоторых странах “двойного бремени” инфекционных и неинфекционных заболеваний.
- Изучение возможности использования “греховных” налоговых поступлений (от продажи алкоголя и табака и т.п.) для финансирования оздоровительной деятельности, направляя ресурсы на те участки, где существует самое большое бремя болезней, и на проведение значимых мер, направленных на устранение или уменьшение различных факторов риска и нездорового поведения, а не просто на борьбу с табаком или алкоголем.
- Использование моделей финансирования здравоохранения в качестве средства сокращения финансовых препятствий на пути к получению медицинской помощи и обеспечению всеобщей доступности эффективных базовых лечебно-профилактических услуг.
- Изучение возможности использования финансовых стимулов с целью активизации профилактического обслуживания и повышения качества медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, например, с помощью механизмов вознаграждения труда общепрактикующих врачей.

Потенциал

В системе здравоохранения имеется три основные категории ресурсов: людские ресурсы (медицинские работники, специалисты общественного здравоохранения и т.д.), инфраструктура (здания, сооружения и т.д.) и расходные компоненты (лекарства, технологии и т.д.). Инвестирование в эти ресурсы необходимо для того, чтобы обеспечить использование высококачественных технологий в области здравоохранения и получение желаемых результатов в области медицинского обслуживания.

Ключевыми вопросами в области людских ресурсов является обеспечение подготовки и распределения для работы на соответствующих участках необходимого количества работников соответствующих профилей и поддержания ими соответствующего уровня квалификации, качества и производительности. Перенос центра тяжести с острых проблем здоровья на хронические выдвигает новые, отличные от предшествующих требования к работникам здравоохранения, чьи навыки и способности должны быть расширены, чтобы обеспечить реализацию комплексной модели медицинской помощи, в большей степени ориентированной на пациента (21). Особой проблемой, с которой сталкивается Европа, является необходимость поддержания кадрового потенциала, уровня квалификации и мотивации работников системы общественного здравоохранения, особенно учитывая наличие более привлекательных альтернатив за рубежом. Среди медиков к клиницистам могут относиться как к лицам с более высоким “социальным престижем” в сравнении с работниками общественного здравоохранения, в то время как “невидимая” работа медиков, занимающихся вопросами профилактики и укрепления здоровья, зачастую недостаточно признается ни в политике образования и развития кадров, ни в системе служебного роста работников этой профессиональной категории.

Ниже приводятся примеры конкретных действий в этой области.

Инвестирование в людские ресурсы на благо здравоохранения

- Обеспечение образования и профессиональной подготовки существующих и будущих работников здравоохранения с целью углубления их знаний для профилактики и борьбы с НИЗ и оказания медицинских услуг с учетом специфики половой и этнической принадлежности пациентов.
- Укрепление потенциала и инфраструктуры общественного здравоохранения за счет целевых мер, направленных на обучение в области разработки политики, научных исследований и

навыков работы в общественном здравоохранении и изучение возможностей расширения кадрового потенциала, повышения мотивации и более равномерного распределения работников общественного здравоохранения.

- Вооружение пациентов соответствующими знаниями, с тем чтобы они становились важным ресурсом профилактики и борьбы с болезнью как для самих себя, так и для других людей; для этой цели можно, например, принять модель подготовки “пациентов-экспертов”.
- Использование существующих людских ресурсов с большей отдачей, например, посредством расширения возможностей в области укрепления здоровья и профилактики в работе медицинских сестер, стоматологов и фармацевтов.

Совершенствование помещений, лабораторий, оборудования, технологий, лекарств

- Обеспечение того, чтобы элементарная техника, такая, как аппараты для измерения кровяного давления, медицинские весы, пневмотахометры и глюкометры, была точной, недорогостоящей и легкодоступной.
- Использование методов оценки медицинских технологий с целью перехода с дорогих на более экономичные и отвечающие реальным потребностям.
- Обеспечение надлежащей подготовки в области эксплуатации и технического обслуживания более дорогих технологий, чтобы получить максимальную отдачу от инвестирования в такие технологии.
- Оказание пациентам помощи в соблюдении режима приема лекарств (с целью обеспечения для них возможности следования эффективным курсам лечения) и обучение их правильному применению медицинских технологий, например, глюкометров, в целях контроля за состоянием своего здоровья и принятия соответствующих мер.

Поддержка на уровне сообществ

В силу таких факторов, как проживание на определенной территории, принадлежность к определенной профессии или социальной группе, общие интересы и способ проведения досуга, люди могут принадлежать к различным сообществам. Они могут иметь общую культуру, ценности и нормы и быть объединены общей темой или целью. Сообщества могут оказывать помощь отдельным лицам, создавая общественные сети и мобилизуя общественную поддержку, что, в совокупности, способствует большей сплоченности между индивидуумами и может оказать людям поддержку в трудные моменты жизни и в периоды неблагополучия. Действия сообщества в инте-

рессах здоровья вовлекают индивидуумов в коллективную деятельность, направленную на улучшение детерминант здоровья, качества жизни и благосостояния сообщества. В местах, где протекает повседневная жизнь людей, например, школы или рабочие места, люди могут предпринимать практические действия для изменения среды обитания и решения проблем, относящихся к здоровью. Сообщества могут организовываться таким образом, чтобы индивидуумы и семьи брали на себя часть ответственности за свое и общественное здоровье и благополучие. Так, например, могут создаваться клубы или группы поддержки пациентов с целью оказания поддержки семьям и пациентам, страдающим особыми хроническими заболеваниями на протяжении всей жизни. Расширение прав и возможностей сообществ в целях обеспечения более эффективной организации их деятельности и участия в обсуждениях и принятии решений на государственном уровне играет решающую роль в достижении большей справедливости в отношении здоровья.

Ниже приводятся примеры конкретных действий в этой области.

Создание солидарных сообществ за счет усиления факторов защиты

- Расширение возможностей индивидуумов предпринимать конкретные меры для улучшения своего собственного здоровья и здоровья членов своей семьи.
- Поощрение участия в общественной жизни и усиление средств социальной поддержки, в частности, за счет инициирования сетей сообщества или создания мест для социального общения.
- Содействие развитию таких качеств, как социальная ответственность, терпимость и способность принимать социальные и этнические различия для обеспечения большей интеграции этнических групп и других меньшинств.

Систематическая работа со всеми секторами с целью снижения факторов риска и повышения устойчивости людей к негативным факторам

- Содействие здоровому началу жизни и установлению гармоничных отношений между родителями и детьми с самого рождения посредством оказания родителям маленьких детей и молодым матерям помощи в формировании у них родительских навыков.
- Уменьшение случаев жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы о них, а также борьба с гендерным насилием, так как помимо других негативных последствий, действия этих факторов сопряжено с повышенным риском физических и психических заболеваний на более поздних стадиях жизни.

Развитие оздоровительного потенциала в конкретных жизненных условиях, например, в школах, больницах и на рабочих местах

- Содействие использованию активных средств передвижения, особенно по дороге в школу и на работу.
- Улучшение общественного питания в школах и на рабочих местах посредством снабжения их более полезными для здоровья продуктами питания.
- Адаптация рабочих мест и стимулирование изменений городской среды обитания, направленных на создание более благоприятных условий для физической активности.

Создание для всех членов сообщества возможностей реализовать свой полный потенциал

- Обеспечение равенства оздоровительных возможностей для всех членов сообщества.
- Расширение возможностей образования и трудоустройства лиц с проблемами психического здоровья.
- Устранение барьеров к трудоустройству, таких как дискриминация в отношении инвалидов и людей с хроническими заболеваниями, например, диабетиков.
- Оказание пожилым людям поддержки в сохранении физической активности и независимости в течение максимально долгого времени.

Организация медицинского обслуживания

Цель организации медицинского обслуживания заключается в том, чтобы обеспечить население наиболее оптимальным комплексом доступных и эффективных медицинских услуг. Ключевые задачи состоят в том, чтобы обеспечить население необходимыми медицинскими услугами, а также чтобы эти услуги были ориентированы на клиента и чтобы качество, безопасность и оперативность предоставления этих услуг находились под контролем и совершенствовались. Поддержку этому процессу могут оказать адекватная организация услуг и системы управления информацией.

Необходимо добиться радикального смещения акцента в работе систем здравоохранения с оказания лечебной медицинской помощи, носящей реагирующий, незапланированный и эпизодический характер, на обслуживание, в большей степени ориентированное на пациентов с длительными хроническими заболеваниями. Для этой цели необходим более эффективный систематический подход, в рамках которого помощь оказывается с учетом конкретных потребностей

пациентов и в сотрудничестве с ними. Такая адресная помощь будет оказываться в условиях, способствующих поддержанию и укреплению здоровья.

В этой области предлагаются следующие конкретные действия.

Смещение парадигмы медицинского обслуживания в сторону модели оказания помощи при хронических заболеваниях

- Более комплексное обслуживание на различных уровнях (первичная медицинская помощь, стационарная помощь, неотложная помощь и т.д.) в рамках служб здравоохранения, например, посредством комплексного ведения больных и создания междисциплинарных медицинских бригад.

Уделение большего внимания вопросам укрепления здоровья при оказании медицинской помощи

- Использование механизмов укрепления здоровья и профилактики заболеваний, уже упоминавшихся ранее (просвещение, обучение, финансирование).
- Обеспечение того, чтобы больничный персонал, распорядок и процедуры способствовали успешному инициированию и продолжению грудного вскармливания.

Улучшение стандартов медицинской помощи

- Использование показателей деятельности систем здравоохранения и механизмов обеспечения качества для оценки и мониторинга качества предоставляемой помощи и подготовки регулярных отчетов.
- Использование механизмов поддержки принятия решений, основанных на доказательствах, для поддержки клиницистов в их практике и выполнения соответствующих методических указаний.
- Использование возможностей людей, страдающих хроническими заболеваниями, для улучшения их здоровья и качества получаемой ими медицинской помощи, например, посредством обеспечения пациентов необходимыми знаниями, навыками и оборудованием для того, чтобы они могли более эффективно осуществлять контроль за своим состоянием.
- Использование финансовых стимулов, например, применение прогрессивной шкалы оплаты труда медицинских работников (учреждений) в зависимости от улучшения клинических показателей.

Улучшение планирования и организации обслуживания

- Создание сетей и каналов обслуживания, объединяющих самые разнообразные службы медицинской и социальной помощи, а также различные сектора, для оказания на базе сообществ услуг, которые в большей степени удовлетворяли бы потребности людей, страдающих хроническими заболеваниями.
- Разработка и осуществление национальных программ борьбы с серьезными заболеваниями, являющимися причиной большого бремени болезней, таких как диабет и ССЗ, в случаях, когда это целесообразно, с учетом особой эпидемиологической ситуации. В этих программах должны учитываться потребности не только самих больных, но и членов их семей, а также медицинских работников.
- Создание или совершенствование специализированных служб, занимающихся решением проблем, стоящих перед молодежью и пожилыми, а также вопросами гендерного характера.
- Организация медицинского обслуживания таким образом, чтобы это способствовало повышению равенства и экономической и физической доступности медицинских услуг для маргинальных и наиболее уязвимых групп населения.
- Обеспечение представительства пользователей медицинских услуг и лиц, оказывающих медицинскую помощь, в органах, занимающихся планированием, организацией, мониторингом и инспектированием медицинского обслуживания.
- Обеспечение такого положения вещей, при котором все лечебно-профилактические программы будут создаваться и реализовываться с учетом гендерных особенностей, что достигается посредством вовлечения в их разработку как мужчин, так и женщин.

Принятие мер

Нынешняя ситуация в Европе

Европа очень неоднородна, и различные страны находятся на различных стадиях решения проблемы неинфекционных заболеваний. В большинстве стран уже реализуется целый ряд стратегических мер, направленных на борьбу с НИЗ и причинами, лежащими в их основе (табл. 2). Сложившаяся в этой области ситуация отражает как большое разнообразие проблем, стоящих перед странами в отношении НИЗ, так и их возможности в плане решения этих проблем. В последние пять лет наблюдались позитивные тенденции, выразившиеся в том, что все больше стран разрабатывают конкретные стратегии и законы, относящиеся к профилактике и борьбе с НИЗ и основанные на бюджетных ассигнованиях, специально выделенных на эту работу. В то же время в странах по-прежнему можно отметить скорее распространенность национальных протоколов,

Таблица 2. Широкий спектр существующих в европейских странах стратегий, программ и законоположений, относящихся к НИЗ

	Национальная политика в области здравоохранения	Конкретная национальная программа	Конкретный акт, закон, законоположение, приказ министра
Профилактика и борьба с НИЗ	28	28	--
Борьба с табаком	28	25	37
Питание/рацион питания	24	20	35
Физическая активность	19	17	13
Борьба с алкоголем	19	17	28
Гипертензия	15	16	--
Диабет	20	29	--
Болезни сердца	20	20	--
Инсульт	17	14	--
Онкологические заболевания	23	23	--
Хронические респираторные заболевания	13	10	--
Другие хронические болезни	10	10	--

Источник: Обследование ВОЗ стратегий и потенциала в области борьбы с НИЗ в Европе, 2005–2006 гг., по данным 38 из 52 стран, приславших ответы.

методических указаний или стандартов по профилактике и лечению диабета, болезней сердца и злокачественных новообразований, чем наличие соответствующих документов, предусматривающих практическое обеспечение контроля за массой тела и повышения физической активности населения.

Для достижения сегодняшнего положения вещей страны шли различными путями. Во многих случаях, как представляется, пусковым моментом в процессе борьбы с НИЗ стала фокусировка внимания на каком-либо одном факторе риска и/или одной категории заболеваний, например, в результате интереса к этой теме со стороны министерства или академического сообщества. Есть немало примеров стран, в которых имеется план профилактики онкологических и/или сердечно-сосудистых заболеваний, параллельно с рядом мер по борьбе с табаком и/или оздоровлению рациона питания. Со временем предпринимаемые в этом направлении действия могли расширяться и становиться более межотраслевыми по своему характеру, но если такие, в основном вертикальные, программы не связываются “горизонтально”, неизбежными становятся утрата многих возможностей, нерациональное использование ресурсов и дублирование усилий.

В некоторых странах профилактика НИЗ может быть более комплексной и охватывать целый ряд факторов риска и/или заболеваний. Так, например, в стране может осуществляться единая стратегия улучшения питания, повышения физической активности и профилактики ожирения. В то время как в профилактике на популяционном уровне достигнут значительный прогресс, могут не реализовываться возможности для подключения к этой деятельности системы здравоохранения и переориентации направленности ее работы и/или возможности объединения профилактических мероприятий с более широкими общественными усилиями, направленными на улучшение детерминант здоровья. Так, например, в стране могут существовать национальные методические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний на основе многофакторного подхода, которые, однако, не всегда подкрепляются преобразованиями в системе здравоохранения, необходимыми для успешного их выполнения, особенно на уровне первичных звеньев здравоохранения. Аналогичным образом, порой уделяется внимание необходимости уменьшения неравенства в отношении здоровья или улучшению того воздействия, которое среда обитания оказывает на здоровье людей, но, при этом не всегда проводится четкая связь между этим подходом и мерами борьбы с НИЗ.

Всесторонний и комплексный подход к профилактике и борьбе с НИЗ, по-видимому, существует лишь в относительно небольшом числе стран. В таких странах четко обозначена необходимость

многофакторного подхода к профилактике НИЗ, основанного на снижении общих факторов риска и направленного как на население в целом, так и на группы высокого риска. При таком подходе используются все возможности активизации работы по укреплению здоровья и профилактике заболеваний в рамках служб здравоохранения, что будет подкрепляться развитием первичных звеньев здравоохранения, реформой системы здравоохранения и внедрением соответствующих механизмов финансирования. Выявляются проблемы с качеством медицинской помощи, оказываемой хроническим больным, а для преодоления выявленных проблем разрабатываются и реализовываются соответствующие программы. Более того, качество медицинской помощи контролируется, а в планировании и оказании медицинской помощи участвуют как пациенты, так и лица, оказывающие им помощь. Происходит оптимизация и увязывание усилий, направленных на улучшение социальных детерминант здоровья, что приводит к формированию национальной политики здравоохранения, нацеленной на первопричины заболеваний и ставящей перед собой конкретные цели по улучшению детерминант здоровья. Далее эта политика заменяет или дополняет стратегии, ориентированные на заболевание, что позволит на уровне формирования политики определить возможные пути систематического уменьшения неравенства в отношении здоровья. На этом этапе оценка воздействия на здоровье становится обязательным элементом работы при разработке и реализации любых стратегий и программ, что позволит укорениться концепции учета интересов здоровья во всех стратегиях и программах.

Планы на будущее

Правительства должны играть решающую роль в решении проблемы неинфекционных заболеваний. В рамках выполнения своей направляющей функции правительства должны возглавить работу в этом направлении, а министерства здравоохранения должны способствовать проведению необходимых преобразований (с. 27–28), а также обеспечивать координацию и содействие в осуществлении усилий других участников процесса на всех уровнях правительства и во всех отраслях и секторах. Профилактику НИЗ следует рассматривать как инвестицию в здоровье и развитие, а также как ключевой фактор уменьшения неравенства в отношении здоровья, и поэтому данное направление работы – это важнейшая обязанность всех звеньев правительственного аппарата. Бездействие в этой области будет иметь последствия для нас всех. На самом высшем уровне правительства должна быть поставлена задача улучшения здоровья населения и уменьшения неравенства, что позволит направлять все стратегические меры и действия на достижение общей цели. Для этого также потребуются выделение соответствующих инвестиций в интересах

здоровья как в отрасли здравоохранения, так и за ее пределами, а также, если в этом есть необходимость, перераспределение ресурсов. Для того чтобы на высоком уровне добиться долгосрочной приверженности совместной работе, правительствам может потребоваться учредить кабинет или комитет руководящих лиц высокого уровня, наделенных правом ассигновать ведомственные ресурсы в индивидуальном порядке и имеющих достаточные коллективные полномочия, чтобы быть проводниками изменений, координировать политику, контролировать воздействие, а также нести ответственность и отчетываться о достижении цели. Должно быть назначено главное лицо, отвечающее за проведение политики в жизнь. И очень важную роль в реализации стратегии играют ресурсы, масштабы которых должны быть адекватными для решения поставленной задачи.

В разработке и реализации мер борьбы с НИЗ должен участвовать широкий круг заинтересованных лиц на всех уровнях. Правительство должно работать с другими национальными и международными действующими сторонами и лицами, в том числе с теми, кто отвечает за здравоохранение; пищевую промышленность; сельское хозяйство; финансы; окружающую среду и транспорт; образование и вопросы молодежи; спорт и досуг; с теми, кто планирует, организует и работает в сфере медицинского и социального обслуживания; а также с агентствами общественного здравоохранения и научно-исследовательскими институтами; лицами, занимающимися городским обустройством; с частным сектором, промышленностью и работодателями; неправительственными организациями и профессиональными ассоциациями; с гражданским обществом (пациентами, лицами, ухаживающими за больными, с общественностью в целом); и средствами массовой информации. Промышленные предприятия могут играть важную роль в пропаганде здорового образа жизни, содействии правильным выборам и реализации имеющихся возможностей для укрепления здоровья при условии, что они возьмут на себя обязательства содействовать укреплению здоровья и что их деловая практика в других областях не будет противоречить достижению этой цели. Потенциальный вклад промышленных предприятий может заключаться как в производстве и реализации ими продукции, так и в выполнении ими своей функции ответственных работодателей и их влиянии на местные сообщества. В налаживании многоотраслевой работы могут помочь такие структуры, как партнерские организации, национальные форумы, платформы или союзы ключевых заинтересованных сторон.

Мощнейший оздоровительный эффект заложен в уменьшении социального неравенства, связанного с НИЗ. Во всех странах социальный дисбаланс оказывает существенное воздействие на структуру заболеваемости и смертности от НИЗ. Пренебрежение этим фактом лишь отсрочит прогресс в

оздоровлении населения. За счет построения комплексной стратегии профилактики и борьбы с НИЗ в рамках сектора здравоохранения и принятия многоотраслевых подходов к улучшению более широких социальных детерминант здоровья могут быть найдены и выдвинуты на передний план адекватные и эффективные стратегические возможности для сокращения неравенства в состоянии здоровья.

Процесс принятия решений на правительственном уровне должен носить прозрачный характер, быть открытым для критического анализа общественности и общественных обсуждений. При принятии конкретных решений следует учитывать как неопределенность и ограниченность существующих знаний, так и масштабы и степень рассматриваемого риска. Проведение широких и открытых консультативных процессов по предложениям и планам может способствовать повышению их качества, принятию и реализации. Для этого, возможно, будут необходимы новые механизмы, такие как регулярное использование результатов оценки воздействия на здоровье, для использования в ходе общественных обсуждений этих вопросов. СМИ играют важную роль в информировании населения по основным вопросам. Гражданское общество и неправительственные организации также могут сыграть важную роль в таких областях, как информирование потребителей, стимулирование действий, лоббирование и воздействие на правительство с целью обеспечения проведения в жизнь необходимых преобразований. Они также могут осуществлять контроль за деятельностью правительства, действуя в качестве своего рода “сторожевого устройства”, следящего за реализацией стратегии.

Страны должны развивать уже существующие в них наработки и исходить из уже завоеванных позиций: многие инициативы и подходы уже существуют, но находятся на различных стадиях доработки, развития и реализации с различной степенью успеха. Кроме того, в ряде случаев не реализуются возможности для достижения взаимоусиливающего эффекта, согласования и координации предпринимаемых усилий. Необходимо будет также теснее увязать уже принятые обязательства, например, в отношении табака, алкоголя, психического здоровья, окружающей среды и здоровья детей и подростков. Создание в правительстве межведомственной рабочей группы или разработка плана действий может стать эффективным механизмом координации различных совместных программ ВОЗ и стратегий, связанных с профилактикой НИЗ, включая работу национальных координаторов ВОЗ в соответствующих странах. Некоторые государства-члены сочли целесообразным учредить национальные институты общественного здравоохранения, которые активно пропагандируют стратегии борьбы с НИЗ и ведут переговоры, отслеживают и оценивают их и обеспечивают профессиональную поддержку при разработке политики.

Европейская стратегия профилактики и борьбы с НИЗ дает возможность создать единую стратегическую основу, позволяющую объединить отдельные, разрозненные усилия для достижения общей цели. Планируя дальнейшую работу в этом направлении, страны могут рассмотреть принятие следующих мер:

- обеспечение взаимодействия между основными заинтересованными сторонами на всех уровнях системы здравоохранения и общества в целом, включая другие правительственные ведомства, политика которых сказывается на здоровье;
- проведение ситуационного анализа для оценки масштабов проблемы НИЗ, распределения этих болезней в обществе с учетом социально-экономических, гендерных, этнических и географических факторов, а также определения стратегических подходов к ее решению и приоритетных направлений деятельности;
- анализ уже предпринимаемых действий, имеющихся ресурсов и потенциала, сильных и слабых сторон, а также существующих пробелов и возможностей;
- выбор из числа потенциально применимых и подкрепленных доказательствами мер того, что является наиболее подходящим и осуществимым в условиях данной страны;
- установление четких и конкретных целей и задач, увязанных со специфичными потребностями и приоритетами данной страны, включая целевые ориентиры, которыми следует руководствоваться на местах, а также четкие сроки достижения поставленных целей;
- разработка плана реализации, уточняющего, что, когда и кем должно быть сделано с учетом функций многочисленных заинтересованных сторон и с идентификацией тех сторон, которые возглавят процесс осуществления необходимых преобразований;
- создание систематического мониторинга и оценки осуществления стратегических и программных мер, и направление полученных результатов в соответствующие органы.

Вопросы, связанные с мониторингом, оценкой и санитарно-эпидемиологическим надзором, имеют особое значение. Тридцать две из 38 европейских стран, ответивших на уже упоминавшуюся анкету ВОЗ, располагают национальной системой медико-санитарной информации, которая охватывает проблемы НИЗ и основные факторы риска НИЗ; 35 стран из 38 включают НИЗ в систему годовой отчетности по здравоохранению; и 29 стран из 38 включают НИЗ в систему постоянного или регулярного санэпиднадзора. Однако число стран, где системами санитарно-эпидемиологического надзора за НИЗ охвачены такие заболевания, как диабет, болезни сердца и онкологические заболевания, в целом, больше, чем число стран, где такие системы охватывают факторы риска, такие как употребление табака, нездоровое питание, недостаточная физическая активность, потребление алкоголя. В своей практической работе правительствам необходимо особо учитывать следующее:

- информационно-справочные системы должны обладать достаточным потенциалом и качеством для того, чтобы служить подспорьем в процессе принятия решений, расстановки приоритетов и распределения ресурсов;
- должны существовать системы постоянного санитарно-эпидемиологического надзора, позволяющие контролировать ситуацию в области здоровья населения, оценка должна быть неотъемлемой частью принимаемых мер, и должно предусматриваться соответствующее финансирование исследований в области общественного здравоохранения, особенно исследований, посвященных показателям оценки экономической эффективности и мерам, ориентированным на все население;
- системы санитарно-эпидемиологического надзора должны регистрировать всю соответствующую информацию, собранную в различных секторах, при этом данные должны собираться, анализироваться и систематизироваться по категориям возраста, пола и этнической принадлежности, что облегчит процесс мониторинга неравенства в состоянии здоровья;
- учитывая масштабность стратегии и множественность факторов, вызывающих неинфекционные заболевания, важно использовать широкий набор показателей, позволяющих контролировать процесс и его результаты, уделяя при этом должное внимание детерминантам здоровья, факторам риска и распространенности отдельных заболеваний;
- для того чтобы учреждения общественного здравоохранения и научно-исследовательские институты могли взять на себя новую или расширенную функцию оказания технической помощи, может потребоваться принятие мер для их укрепления и усиления их потенциала.

У всех стран Региона, как бы сильно они ни различались по уровням доходов и возможностям, имеется реальная возможность принять эффективные меры для борьбы с НИЗ. Меры, уже доказавшие свою эффективность, варьируются от относительно недорогих (например, налогообложение табака и алкоголя) до относительно дорогостоящих (например, лечение статинами) и от относительно простых (например, мониторинг и коррекция артериального давления) до более сложных (например, создание специализированных “инсультных” отделений) (22). Все страны заинтересованы в использовании ограниченных ресурсов с большей отдачей. Может потребоваться сократить масштаб применения мер, малоэффективных с клинической или экономической точки зрения, если они уже широко используются, или не увеличивать его, если эти меры еще не носят широкого характера. Напротив, меры, являющиеся высокоэффективными с клинической или экономической точки зрения, должны использоваться как можно шире, а если существующие показатели охвата ими населения низки, то это должно расцениваться как свидетельство нереализованных возможностей. Арсенал мер, проводимых в той или иной стране, будет зависеть от

конкретных условий, так как эффективное осуществление некоторых мер в большей степени, чем других зависит от институционального и организационного потенциала системы здравоохранения. Эпидемиологические, медицинские, этические, политические и культурные факторы также должны быть тщательно учтены при распределении ресурсов и определении приоритетов в профилактике и борьбе с конкретными заболеваниями или в проведении определенных мер.

Дальнейшие действия

Важнейшей задачей в области общественного здравоохранения, стоящей сегодня перед странами Европы, является уменьшение опасности, обусловленной НИЗ и связанным с ними неравенством в состоянии здоровья населения. В настоящем документе дается краткое описание комплексного, ориентированного на действия подхода к профилактике и борьбе с НИЗ. Несмотря на то, что все европейские страны отличаются друг от друга, и несмотря на наличие больших различий в структуре неинфекционной заболеваемости в странах, их ресурсов и потенциала, каждая из них может предпринять эффективные меры для борьбы с этой проблемой.

ВОЗ может поддержать усилия государств-членов в этом направлении путем следующих действий.

Укрепление международного, двустороннего и многостороннего сотрудничества

- Содействие усилению политической приверженности посредством доведения до сведения соответствующих сторон и органов того факта, что инвестирование в профилактику и борьбу с НИЗ – это важный вопрос политической повестки дня в любой стране.
- Создание механизмов для осуществления межсекторальных действий, направленных на улучшение детерминантов здоровья, особенно в отношении задач наднационального уровня.
- Создание союза партнеров для координации информационно-разъяснительной и практической работы в области борьбы с НИЗ и связанным с ними неравенством в состоянии здоровья, который будет объединять важнейших международных партнеров, включая межправительственные и неправительственные организации, в Европейском регионе.
- Создание сети национальных координаторов, которая будет выполнять функции органа ВОЗ, консультирующего по вопросам реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ.

Содействие обмену информацией, техническому сотрудничеству и наращиванию потенциала

- Усиление роли ВОЗ в качестве справочно-информационного центра, оказывающего странам информационную поддержку в их деятельности.
- Усиление координации, последовательности и синергии между соответствующими программами, охватывающими различные аспекты профилактики и борьбы с НИЗ.

- Подготовка европейского доклада по НИЗ в поддержку Европейской стратегии в области НИЗ и создание других механизмов, способствующих процессу реализации, коммуникации и мониторинга в этой области.
- Публикация анализов конкретных ситуаций и примеров наилучшей практики.

Научные исследования, мониторинг и санитарно-эпидемиологический надзор

- Объединение усилий с другими агентствами в целях улучшения санитарно-эпидемиологического надзора за неинфекционными заболеваниями в странах и в рамках всего Европейского региона.
- Разработка и адаптация показателей мониторинга и оценки прогресса с тщательным учетом социально-экономических, гендерных и других соответствующих особенностей.
- Выявление пробелов в исследованиях по важным вопросам общественного здравоохранения и нахождение путей устранения этих пробелов.

1. *Preventing chronic diseases: A vital investment*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf).
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050909_1?language=Russian).
3. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Социальные условия и здоровье: убедительные факты. Второе издание*. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2003 г. (<http://www.euro.who.int/document/e81384R.pdf>).
4. Mackenbach JP. *Health inequalities: Europe in profile*. Brussels, European Commission, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf).
5. *Supporting people with long-term conditions. An NHS and social care model to support local innovation and integration*. London, Department of Health, 2005 (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/98/68/04099868.pdf>).
6. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/).
7. Third Joint European Societies' Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European Guidelines for CVD Prevention. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2003, 10: Supplement 1.
8. *National cancer control guidelines: policies and managerial guidelines, 2nd edition*. Geneva, World Health Organization 2002 (<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>).
9. *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gep/).

⁵ Электронные ссылки даны по состоянию на 10 июля 2006 г.

10. *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report.* Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
11. *European action towards better musculoskeletal health. A public health strategy to reduce the burden of musculoskeletal conditions.* Lund, University Hospital Department of Orthopedics, 2000 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf).
12. Rechel B, Shapo L, McKee M. *Millennium Development Goals for health in Europe and central Asia: relevance and policy implications.* Washington DC, World Bank, 2004 (World Bank Working Paper no. 33).
13. *Dying too young: addressing premature mortality and ill health among the Russian working population.* Washington DC, World Bank, 2005 (World Bank Report no. 32377-RU).
14. Wanless D. *Securing good health for the whole population. Final report.* London, HM Treasury, 2004 (http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm).
15. *Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 7, <http://www.euro.who.int/document/e87861R.pdf>).
16. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html).
17. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf).
18. *Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. Основное внимание – действиям общества по укреплению общественного здоровья. Видение стратегии с позиции CINDI.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (<http://www.euro.who.int/document/E83057R.pdf>).

19. *Следующий этап проводимой Европейским региональным бюро ВОЗ стратегии поддержки стран: укрепление систем здравоохранения.* (документ EUR/RC55/9, <http://www.euro.who.int/document/RC55/rdoc09rev1.pdf>) и *Укрепление систем здравоохранения в Европе в рамках дальнейшего развития проводимой Европейским региональным бюро ВОЗ стратегии поддержки стран “Адаптация услуг к новым потребностям”* (резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC55/R8, http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2?language=Russian). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г.
20. *Сделанное в Мехико заявление о научных исследованиях в области здравоохранения. Знания для улучшения здоровья: укрепление систем здравоохранения.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. (Приложение к документу Всемирной ассамблеи здравоохранения A58/22, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_22-ru.pdf).
21. *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chronic_conditions/resources/workforce_report.pdf).
22. Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries, 2nd edition.* Washington DC, IBRD/ World Bank and Oxford University Press, 2006 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowTOC&rid=dcp2.TOC&depth=2>).

Приложение 1

Резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ EUR/RC56/R2

Профилактика и борьба с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ

Региональный комитет,

ссылаясь на резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA53.17 о глобальной стратегии профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними, на резолюции WHA57.17 о глобальной стратегии по питанию, физической активности и здоровью и WHA55.25 о глобальной стратегии по питанию детей грудного и раннего возраста, а также на недавно принятые резолюции по проблемам общественного здравоохранения, вызываемым вредным употреблением алкоголя (WHA58.26), по профилактике рака и борьбе с ним (WHA58.22), по инвалидности, включая предупреждение, ведение и реабилитацию (WHA58.23) и по содействию укреплению здоровья в глобализированном мире (EB117.R9);

отмечая текущую работу государств-членов и уже взятые ими обязательства в отношении выполнения: Европейской стратегии борьбы против табака (EUR/RC52/R12); основ политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ (EUR/RC55/R1); Европейского плана действий в области пищевых продуктов и питания (EUR/RC50/R8); Европейского плана действий “Окружающая среда и здоровье детей” (EUR/RC54/R3); Европейского плана действий по охране психического здоровья (EUR/RC55/R2) и Европейской стратегии “Здоровье и развитие детей и подростков” (EUR/RC55/R6);

ссылаясь на свою резолюцию EUR/RC54/R4, в которой Региональному директору предлагается подготовить комплексную, ориентированную на действия Европейскую стратегию профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями;

признавая, что 86% всех смертей и 77% бремени болезней в Европейском регионе обусловлены неинфекционными заболеваниями, являющихся важнейшей нынешней и будущей проблемой общественного здравоохранения во всех государствах-членах Региона;

отмечая уже достигнутые прогресс и успехи в этой области, но в то же время продолжая испытывать обеспокоенность относительно последствий неинфекционных болезней для обществен-

ного здоровья и их неравномерного распределения среди населения, что приводит к огромному ущербу для качества жизни людей, особенно в бедных странах и в группах с более низким социально-экономическим статусом;

признавая значительное негативное воздействие, которое неинфекционные заболевания оказывают на экономическое и социальное развитие любого общества, а также усугубление неравенства в состоянии здоровья населения;

признавая, что бремя неинфекционных болезней может быть значительно уменьшено благодаря широкомасштабным оздоровительным и профилактическим мерам в сочетании с систематической и постоянной работой по улучшению более широких детерминант здоровья и снижению факторов риска, а также благодаря эффективной коррекции хронических состояний;

признавая, что правительствам нужно возглавить работу по активизации и совершенствованию мер, направленных на преодоление предотвратимого бремени болезней, связанного с неинфекционными заболеваниями, а также учитывая многофакторный характер причин, лежащих в основе этих заболеваний, инвестировать в комплексную и многоотраслевую деятельность в этой области на соответствующих уровнях общества;

подтверждая ключевые ценности и принципы, изложенные в обновленных основах политики достижения здоровья для всех, принятых Европейским региональным комитетом ВОЗ на пятьдесят пятой сессии в 2005 г.;

рассмотрев документ EUR/RC56/8 и содержащееся в нем предложение о разработке Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, направленной на предотвращение преждевременных смертей и значительное снижение бремени болезней, связанного с неинфекционными заболеваниями, на основе комплексных действий по улучшению качества жизни людей и обеспечению более справедливого распределения показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни как внутри государств-членов, так и между ними;

1. ПРИНИМАЕТ Европейскую стратегию профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями в качестве стратегической основы для действий государств - членов Европейского региона, направленных на реализацию соответствующих национальных стратегий и на расширение их участия в международном сотрудничестве;

2. НАСТОЯТЕЛЬНО ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:
 - (a) разработать или усилить, в зависимости от конкретных условий, национальные стратегии здравоохранения, направленные на борьбу с неинфекционными болезнями и предусматривающие комплексные действия по устранению или уменьшению факторов риска и лежащих в их основе причин;
 - (b) укреплять системы здравоохранения в целях совершенствования профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями таким образом, чтобы службы здравоохранения были в состоянии выполнять стоящие перед ними задачи, адекватно реагировать на нынешнее бремя болезней, а также повышать возможности, имеющиеся для укрепления здоровья и борьбы с болезнями;
 - (c) рассматривать профилактику на всех этапах жизни людей как эффективное инвестирование, оказывающее большое позитивное воздействие на экономическое и социальное развитие общества, и перераспределять имеющиеся ресурсы соответствующим образом;
 - (d) обеспечить всеобщий доступ к возможностям укрепления здоровья, профилактики болезней и получения медицинской помощи как к одному из важнейших средств обеспечения справедливости в отношении здоровья;
 - (e) создать на соответствующих уровнях правительственного аппарата подотчетные многоотраслевые механизмы осуществления и регулярного мониторинга вышеуказанных стратегий здравоохранения, предусматривающих участие основных заинтересованных сторон и систематическое использование такого метода, как проведение оценок воздействия на здоровье населения;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Региональному директору:

- (a) активно поддерживать реализацию стратегии в Регионе и создать механизмы улучшения детерминант здоровья на основе многоотраслевого подхода;
- (b) оказывать государствам-членам поддержку в осуществлении Стратегии, укрепляя для этой цели двустороннее и многостороннее сотрудничество посредством:
 - создания союза со своими основными партнерами для борьбы с неинфекционными заболеваниями и проведения соответствующей информационно-разъяснительной работы;
 - создания сети национальных партнеров как международного ресурса и консультативного механизма по вопросам осуществления Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями;
 - содействия обмену фактическими данными и примерами наилучшей практики, ставя при этом акцент на вопросах совершенствования общей политики борьбы с неинфекционными заболеваниями и реализации Европейской стратегии;
 - расширения исследований, посвященных поиску наиболее эффективных вмешательств и методов их осуществления на практике;
 - создания механизма мониторинга, позволяющего измерить прогресс в разработке, развитии и реализации политики борьбы с неинфекционными заболеваниями и ее воздействие на состояние здоровья населения, а также осуществлять на регулярной основе сбор и распространение информации об общих показателях неинфекционной заболеваемости в Регионе;
- (c) представить на рассмотрение пятьдесят восьмой сессии Регионального комитета в 2008 г. доклад об осуществлении Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.

Приложение 2

Принятые ВОЗ стратегии, планы действий и декларации министерских конференций, касающиеся данной проблемы⁶

Глобальная стратегия для профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями (документ A53/14) (http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA53/ra14.pdf).

Принята в мае 2000 г. на Пятьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (резолюция WHA53.17) (http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA53/ResWHA53/r17.pdf).

Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью

(Приложение к резолюции WHA57.17) (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-ru.pdf).

Принята в мае 2004 г. на Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (резолюция WHA57.17) (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-ru.pdf).

Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста (документ A55/15) (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ra5515.pdf).

Принята в мае 2002 г. на Пятьдесят пятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (резолюция WHA55.25) (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/rwha5525.pdf).

Европейская стратегия борьбы против табака (документ EUR/RC52/11) (<http://www.euro.who.int/Document/RC52/rdoc11.pdf>).

Принята в сентябре 2002 г. на пятьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (резолюция EUR/RC52/R12) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_1?language=Russian).

Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ (документ EUR/RC55/11) (<http://www.euro.who.int/Document/RC55/rdoc11.pdf>).

Приняты в сентябре 2005 г. на пятьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (резолюция EUR/RC55/R1) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_10?language=Russian).

⁶ Электронные ссылки даны по состоянию на 12 сентября 2006 г.

Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя, 2000–2005 гг. (<http://www.euro.who.int/document/E67946R.pdf>).

Принят в сентябре 1999 г. на сорок девятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (резолюция EUR/RC49/R8) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/1999/20030225_7?language=Russian).

Отчет о выполнении Европейского плана действий по борьбе с потреблением алкоголя, в том числе **рекомендаций Европейской конференции на уровне министров “Молодежь и алкоголь”** (документ EUR/RC51/10) (<http://www.euro.who.int/Document/RC51/rdoc10.pdf>).
Принят в сентябре 2001 г. на пятьдесят первой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (резолюция EUR/RC51/R4) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2001/20011123_1?language=Russian).

Первый план действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2000–2005 (<http://www.euro.who.int/Document/E72199R.pdf>).

Принят в сентябре 2000 г. на пятидесятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (резолюция EUR/RC50/R8) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2000/20010914_1?language=Russian).

Европейский план действий “Окружающая среда и здоровье детей”. Четвертая конференция на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья, Будапешт, Венгрия, 23–25 июня 2004 г. (<http://www.euro.who.int/document/e83338R.pdf>).

Принят в сентябре 2004 г. на пятьдесят четвертой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (резолюция EUR/RC54/R3) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2004/20040913_7?language=Russian).

Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков” (документ EUR/RC55/6) (<http://www.euro.who.int/Document/RC55/rdoc06.pdf>).

Принята в сентябре 2005 г. на пятьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (резолюция EUR/RC55/R6) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_4?language=Russian).

Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья, Хельсинки, Финляндия, 12–15 января 2005 г. (<http://www.euro.who.int/Document/MNH/rdoc07.pdf>).

Принят в сентябре 2005 г. на пятьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (резолюция EUR/RC55/R2) (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_9?language=Russian).

The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, 7–11 August 2005 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая Югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Инвестирование в профилактику и более эффективную борьбу с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) позволит улучшить качество жизни и повысить благосостояние людей и общества. В Европейском регионе ВОЗ не менее 86% всех смертей и 77% всего бремени болезней приходится на долю этой широкой группы нарушений здоровья, характеризующей общими факторами риска, общими детерминантами и общими возможностями их профилактики и коррекции. Более справедливое распределение пользы от эффективных лечебно-профилактических мер позволит получить наибольшую отдачу, а также принесет значительную пользу всем государствам-членам как в области здравоохранения, так и в области экономики.

Эта ориентированная на действия стратегия обеспечивает использование всестороннего и комплексного подхода к борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Schersfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18
Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>